

ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ (ΚΥΚΛΩΣΤΕ ΤΗΝ ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΠΟΥ ΣΑΣ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΕΥΕΙ)

Όνοματεπώνυμο Πατρώνυμο

Ημ/νία Γέννησης..... Email

Τηλέφωνο

1. Έχετε ποτέ λιποθυμήσει ή σχεδόν λιποθυμήσει κατά τη διάρκεια ή μετά την άσκηση;
Ναι..... Όχι.....
2. Έχετε νοιώσει ποτέ πόνο, δυσφορία, σφίξιμο ή βάρος στο στήθος σας κατά τη διάρκεια της άσκησης ;
Ναι..... Όχι.....
3. Σας είχε πει ποτέ ο γιατρός σας ότι έχετε κάποιο πρόβλημα με την καρδιά σας; Αν ΝΑΙ παρακαλώ διευκρινίστε το : Υψηλή πίεση..... Υψηλή χοληστερίνη..... Φύσημα στην καρδιά..... Λοίμωξη στην καρδιά..... Άλλο.....
4. Έχει πεθάνει κάποιο μέλος της οικογενείας σας από κάποιο πρόβλημα στην καρδιά ή έχει πεθάνει απρόσμενα και από ανεξήγητα αίτια πριν την ηλικία των 50 ετών; (λαμβάνεται υπόψη ο πνιγμός, ανεξήγητο τροχαίο δυστύχημα, ή ξαφνικό γενετικό σύνδρομο)
Ναι..... Όχι.....
5. Έχει κανένας στην οικογένειά σας πρόβλημα στην καρδιά, βηματοδότη ή εμφυτευμένο απινιδωτή;
Ναι..... Όχι.....
6. Είχατε ποτέ τραυματισμό που χρειάστηκε να κάνετε ακτινογραφίες, μαγνητική ή αξονική τομογραφία, ενέσεις, ειδική θεραπεία ; Ναι..... Όχι.....

Διευκρινίστε τις απαντήσεις που δώσατε ΝΑΙ :

.....
.....
.....

Δηλώνω ότι από όσο γνωρίζω, οι παραπάνω απαντήσεις μου είναι πλήρεις και αληθείς.

Δίνω τη συγκατάθεσή μου στον ιατρό και στο διαγνωστικό κέντρο για την επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων στα πλαίσια του κανονισμού 2016/679 καθώς και της αποστολής των αποτελεσμάτων στο αθλητικό σωματείο που ανήκω και αθλούμαι. Σκοπός της επεξεργασίας των προσωπικών δεδομένων αποτελεί αποκλειστικά η παροχή των υπηρεσιών τις οποίες αιτείται ο εξεταζόμενος.

Σύμφωνα με το άρθρο 14 του Ν.3418/2005 (κώδικας ιατρικής Δεοντολογίας) είναι υποχρεωτική η τήρηση ιατρικού αρχείου, στο οποίο καταγράφονται τα εξής : Όνοματεπώνυμο, Πατρώνυμο, Ημερομηνία Γέννησης, Διεύθυνση, Τηλέφωνο, Email, Ενοχλήματα της υγείας του, Αποτελέσματα εξετάσεων.

Έλαβα γνώση και συναινώ : ΝΑΙ

☐

ΟΧΙ

☐

Υπογραφή αθλητή

Υπογραφή κηδεμόνα.....