

ΚΑΡΤΕΛΑ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΗ – ΤΡΙΑΣ

Όνομα Επώνυμο παιδιού.....

Όνομα Επώνυμο πατέρα.....

Διεύθυνση..... , Πόλη/Περιοχή.....

Ημερομηνία Γέννησης..... ,ΑΜΚΑ Τέκνου.....

Τηλέφωνα Επικοινωνίας.....

ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Πάσχει / έπασχε από.....

(άσθμα – καρδιακές παθήσεις – παθήσεις αυτιών – διαβήτη – υπνοβασία – μεταδιδόμενο νόσημα κλπ)

Υπέφερε από κάποια σοβαρή ασθένεια τα τελευταία δύο χρόνια ;

(αν ναι, από ποια ;)

Χρειάζεται κάποια θεραπευτική αγωγή τώρα ;

(αν ναι, ποια ;)

Έκανε εμβόλια ; (Σημειώσατε ημερομηνίες)

ΙΛΑΡΑΣ , ΤΕΤΑΝΟΥ , ΔΙΦΘΕΡΙΤΙΔΑΣ

ΑΛΛΑ ΕΜΒΟΛΙΑ

Έχει κάνει αντιτετανικό ορό ; και πότε το τελευταίο.....

Είναι ευαίσθητος / τη σε αλλεργίες ή αντιδράσεις σε φάρμακα ;

.....

(αν ναι υποδείξτε μορφή αλλεργίας και το αντίστοιχο φάρμακο)

Έχει ανάγκη από ιδιαίτερη μεταχείριση, δίαιτα ή άλλη προσοχή ;

.....

Έχει ασθενήσει από ΙΛΑΡΑ ΟΣΤΡΑΚΙΑ ΕΡΥΘΡΑ ΑΝΕΜΟΒΛΟΓΙΑ

ΜΑΓΟΥΛΑΔΕΣ

ΩΣ ΓΙΑΤΡΟΣ ΒΕΒΑΙΩΝΩ ΤΑ ΑΝΩΤΕΡΑ ΚΑΙ ΕΠΙΤΡΕΠΩ ΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ:

Του / της

Υπογραφή Σφραγίδα Γιατρού

