

ΥΠΟΔΕΙΞΕΙΣ / ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΓΙΑΤΡΟ

Σήμερα στις (ημερ/νία)/...../..... εξέτασα τον/την.....

Ο κατασκήνωτής βρίσκεται κάτω από ιατρική αγωγή για τους παρακάτω λόγους:.....

Ως εκ τούτου:

Στην κατασκήνωση θα πρέπει να ακολουθήσει την ακόλουθη θεραπεία:.....

Φάρμακα που πρέπει να χορηγούνται (ονόματα, δοσολογία, συχνότητα):.....

Απαραίτητο ιατρικά διαιτολόγιο ή τυχόν απαγορεύσεις:.....

Διαγνωσμένες αλλεργίες:.....

Προτεινόμενοι περιορισμοί στις δραστηριότητες της κατασκήνωσης:.....

Επιπρόσθετες χρήσιμες πληροφορίες για το ιατρικό - νοσηλευτικό προσωπικό της κατασκήνωσης:.....

Παρακαλούμε αναφέρετε τους εμβολιασμούς που έχουν διενεργηθεί:

Διφθ./Τετ./Κοκ. (DTP), Διφθ./Τετ. (TD), Πολυομυελίτιδας, Φυματίωσης (BCG),
Mantoux test (ημ/νία)/...../..... Θετικό, Αρνητικό, Ιλαράς, Ερυθράς,
Παρωτίτιδας, Ηπατίτιδας Β

Μετά από κατάλληλη ιατρική εξέταση και μελέτη του ιατρικού ιστορικού, δηλώνω υπεύθυνα πως:
Ο/η μπορεί να συμμετάσχει σε όλες
τις δραστηριότητες της κατασκήνωσης (εκτός από τους περιορισμούς που αναγράφονται πιο πάνω).

Όνομ/μο ιατρού:..... Τηλ:..... Κινητό:.....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΙΑΤΡΟΥ

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΙΑΤΡΟΥ