

ΟΜΑΔΑ : …………………………………………………

 Ημ/νία εξέτασης : ……………………………………

**ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΜΕΛΟΥΣ**

**ΚΩΔΙΚΟΣ : ……………………………………..**

Η παρούσα φόρμα συμπληρώνεται από τον αθλούμενο τον ίδιο ή από τον κηδεμόνα του (σε περίπτωση ανηλίκου), για την έκδοση της ΔΩΡΕΑΝ κάρτας υγείας που παρέχει το PARONCLUB στους αθλητές.

Ονοματεπώνυμο : ……………………………………………………………………………………………………………………………

Πατρώνυμο : ……………………………………………………………………………………………………………………………

Ημ/νία Γέννησης : ……………………………………………………………………………………………………………………………

Διεύθυνση : ……………………………………………………………………………………………………………………………

Τηλέφωνο : σταθερό : ………………………………………………. κιν. ………………………………………………

E-mail : ……………………………………………………………………………………………………………………………

*Τα ανωτέρω προσωπικά μου δεδομένα στοιχεία παρέχω στο PARONCLUB προκειμένου να απολαμβάνω τα προνόμια και τις υπηρεσίες που μου προσφέρονται, με την έκδοση της ΚΑΡΤΑΣ ΜΕΛΟΥΣ. Έλαβα γνώση για την Πολιτική Προστασίας Δεδομένων του PARONCLUB που βρίσκεται αναρτημένη στον επίσημο ιστότοπο του PARONCLUB.»*

*«Δίνω τη συγκατάθεσή μου για την παροχή των προσωπικών δεδομένων του τέκνου μου για τον ίδιο σκοπό».*

Ονοματεπώνυμο ……………………………………………………………………………………………………..

**ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ (ΚΥΚΛΩΣΤΕ ΤΗΝ ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΠΟΥ ΣΑΣ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΕΥΕΙ)**

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 πρόσφατα νoσηλευτεί για CoVID-19; Α. ΟΧΙ
 Β. ΝΑΙ (Αναφέρατε Νοσοκομείο και Ημερομηνίες ) ………………………………………………………………………
7. Ταξιδέψατε τις τελευταίες 20 μέρες στο εξωτερικό;

Α. ΟΧΙ

Β. ΝΑΙ (Σε ποιες χώρες) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Είχατε πρόσφατα (τελευταίες 6 εβδομάδες) κάποιο εμπύρετο νόσημα;

Α. ΟΧΙ

Β. ΝΑΙ (Αναλύστε)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Είχατε ποτέ τραυματιστεί σε οστό, σύνδεσμο μυ, ή τένοντα που σας ανάγκασε να χάσετε προπονήσεις ή αγώνες ; Ναι…………. Όχι………….
2. 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 ΠΟΛΥΙΑΤΡΕΙΟ – ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ CITY DOCTORS Ε.Π.Ε για την επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων στα πλαίσια του κανονισμού 2016/679. 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 : Ονοματεπώνυμο, Πατρώνυμο, Ημερομηνία Γέννησης, Διεύθυνση, Τηλέφωνο, Email, Ενοχλήματα της υγείας του, Αποτελέσματα κλινικών και παρακλινικών εξετάσεων. Τα δεδομένα αυτά δεν χορηγούνται σε τρίτους.

Έλαβα γνώση και συναινώ : ΝΑΙ ΟΧΙ

Υπογραφή αθλητή …………………………………………………………..

Υπογραφή κηδεμόνα………………………………………………………..