



ΚΥΠΡΙΑΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ
ΑΝΩΤΑΤΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΘΛΗΤΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΓΙΑ ΔΕΛΤΙΟ ΥΓΕΙΑΣ



1) ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΘΛΗΤΗ

(Κεφαλαία)

SURNAME - CHRISTIAN NAME

ΕΠΩΝΥΜΟ - ΟΝΟΜΑ:

ADDRESS

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:

ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ:

ΣΩΜΑΤΕΙΟ:

DATE OF BIRTH
ΗΜΕΡΟΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ:

PASSPORT/ID No
ΑΠ. ΠΟΛ. ΤΑΥΤ.

ΤΗΛ.

ΦΥΛΟ:
SEX:

MALE

ΑΝΔΡΑΣ

ΓΥΝΑΙΚΑ

FEMALE

TEL:

2) Τηλ.:

(Όνομα οικογενειακού ιατρού) NAME OF FAMILY DOCTOR TELEPHONE

3) ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΙΑΤΡΟΥ DOCTORS QUESTIONNAIRE

DID U HAVE IN THE PAST OR NOW THE PROBLEMS BELOW :

YES NO

ΝΑΙ ΟΧΙ

1. Είχατε στο παρελθόν ή και τώρα υποφέρει από τα κάτω προβλήματα:

LOSING UNCONSCIOUSNESS, HEART ATTACK OR NEUROLOGICAL SYMPTOM

α) Απώλεια αισθήσεων, προσυνκοπτικό επεισόδιο ή άλλα νευρολογικά σύμπτωμα

PERSISTENT COUGH, ASTHMA, CHRONIC BRONCHITIS OR OTHER BREATHING

β) Παρατεταμένο βήχα, άσθμα, χρόνια βρογχίτιδα ή άλλο πνευμονικό πρόβλημα

PAIN IN UR CHEST, ARRHYTHMIA, BREATHING PROBLEMS, TIREDNESS (EASILY) OR

γ) Πόνος στο στήθος, αρρυθμία, δυσπνοία, εύκολη κόπωση, υπέρταση, περικαρδίτιδα

HIGH BLOOD PRESSURE OR HEART MURMUR

μυοκαρδίτιδα ή φύσημα καρδιάς

ANEMIA, STIGMA OR ANY OTHER

δ) Αναιμία, στίγμα μεσογειακής ή άλλης αναιμίας

DIABETES OR OTHER ENDOCRINE DISORDERS

ε) Διαβήτης, ή άλλη ενδοκρινολογική πάθηση (θυρεοειδή κλπ.)

SMOKING S

2. Καπνίζετε τσιγάρο, πούρο ή καπνό

ANY OTHER DISEASES OR CONDITIONS

3. Γνωρίζουν άλλες ασθένειες ή παθολογικό πρόβλημα. Να συμπληρωθεί:

Question No. 1

Αν η απάντηση είναι ΝΑΙ, δώστε λεπτομέρειες (ημερομηνία, πού να περιλαμβάνουν ημερομηνίες, διάρκεια νόσου, τόπο νοσηλείας)

IF YOU ANSWERED YES, PLEASE GIVE MORE INFO INCLUDING DATES, HOW LONG IT LASTED & WHERE YOU WERE TREATED.

4) ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ: FAMILY HISTORY

Συγγένεια	AGE Ηλικία	DIABETES διαβήτης	HIGH BLOOD PRESSURE υπέρταση	HEART DISEASE καρδιοπάθεια	MENTAL DISEASE ψυχιατρική	ILLNESS ANY OTHER DISEASES κάποια άλλη ασθένεια	DATE OF DEATH Ηλικία θανάτου	CAUSE OF DEATH Αιτία θανάτου
FATHER Πατέρας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
MOTHER Μητέρα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SISTER/BROTHER Αδελφός/ή	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Αδελφός/ή	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Αδελφός/ή	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

5) I CONFIRM THAT ALL THE ABOVE IS CORRECT AND GIVE THE DOCTOR PERMISSION TO use this info for the purposes of the ASYA. PASS THIS INFO TO THE ATHLETIC FEDERATION.

DATE

Ημερομ.

SIGNATURE