



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

1) ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΘΛΗΤΗ
(Κεφαλαία)

ΕΠΩΝΥΜΟ - ΟΝΟΜΑ:

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:

ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ:

ΣΩΜΑΤΕΙΟ:

ΗΜΕΡΟΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ:

ΑΡ. ΠΟΛ. ΤΑΥΤ.

ΤΗΛ.

ΦΥΛΟ:

ΑΝΔΡΑΣ

ΓΥΝΑΙΚΑ

2) Τηλ:
(Όνομα οικογενειακού ιατρού)

3) ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΙΑΤΡΟΥ

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

ΝΑΙ ΟΧΙ

α) Απώλεια αισθήσεων, προσυγκοπτικό επεισόδιο ή άλλα νευρολογικό σύμπτωμα.....

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

γ) Πόνο στο στήθος, αρρυθμία, δύσπνοια, εύκολη κόπωση, υπέρταση, περικαρδίτιδα,

μυοκαρδίτιδα ή φύσημα καρδιάς.....

δ) Αναιμία, στίγμα μεσογειακής ή άλλης αναιμίας.....

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

2. Καπνίζετε τσιγάρο, τούφο ή καπνό.....

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

Αν η απάντησή είναι ΝΑΙ, δώστε λεπτομερείς πληροφορίες
πρώ να περιλαμβάνουν ημερομηνίες, διάρκεια νόσου, τόπο νοσηλείας

ΑΡΙΘΜΟΣ
ΕΡΩΤΗΣΗΣ

4) ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ:

Συγγένεια	Ηλικία	διαβήτης	υπέρταση	καρδιοπάθεια	διανοητική πάθηση	άλλες ασθένειες	Ηλικία θανάτου	Αιτία θανάτου
Πατέρας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Μητέρα	<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"/>	
Αδελφός/ή	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

5) Βεβαιώ ότι οι απαντήσεις που δόθηκαν από μένα πιο πάνω είναι ορθές και ολοκληρωμένες και εξουσιοδοτώ τον ιατρόν να τις χρησιμοποιήσει για τους σκοπούς του ΑΣΥΑ.

Ημερομ.

Υπογραφή αθλητή