



THE NATIONAL BASKETBALL ACADEMY
G R E E C E
CAMPS • CLINICS • LEAGUES • TRAINING

ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ

ΑΘΛΗΤΗ:.....

Ομάδα αίματος.....

Σωματικό βάρος (κατά προσέγγιση).....kg

ΕΧΕΙ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΤΕΙ ΠΟΤΕ ΚΑΤΙ ΑΠΟ ΤΑ ΑΚΟΛΟΥΘΑ, ΑΝ ΝΑΙ ΤΙ ΕΙΔΟΥΣ, ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ:

α. ΣΠΑΣΤΙΚΗ ΒΡΟΓΧΙΤΙΔΑ ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

.....

β. ΒΡΟΓΧΙΚΟ ΑΣΘΜΑ ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

.....

γ. ΣΠΑΣΜΟΙ ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

.....

δ. ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΗ ΣΥΝΔΡΟΜΗ ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

.....

ε. ΑΛΛΕΡΓΙΑ ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

.....

στ. ΑΛΛΕΡΓΙΑ ΣΕ ΦΑΡΜΑΚΑ ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

.....

ζ. ΛΙΠΟΘΥΜΙΚΕΣ ΚΡΙΣΕΙΣ ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

.....

ΣΕ ΜΙΚΡΟΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΥΣ

Η ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΣΤΑΜΑΤΑ ΣΥΝΤΟΜΑ (15')

☐ ΝΑΙ

☐ ΟΧΙ

Εάν ΟΧΙ υπάρχει συγκεκριμένη αιτία και ποια

.....

ΕΧΕΙ ΠΕΡΑΣΕΙ ΚΑΠΟΙΑ ΑΛΛΗ

ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΑΡΡΩΣΤΙΑ:

☐ ΝΑΙ ☐ εάν ΝΑΙ ποια;

☐ ΟΧΙ

ΠΑΡΟΥΣΙΑΖΕΙ ΝΥΧΤΕΡΙΝΗ ΕΝΟΥΡΗΣΗ: ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ ΣΥΧΝΑ ☐ ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ

☐ ΠΟΤΕ

ΥΠΝΟΒΑΤΕΙ: ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ ΣΥΧΝΑ ☐ ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ ☐ ΠΟΤΕ





THE NATIONAL BASKETBALL ACADEMY

G R E E C E

CAMPS • CLINICS • LEAGUES • TRAINING

**ΒΡΙΣΚΕΤΑΙ ΤΩΡΑ ΥΠΟ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ
ΑΓΩΓΗ :**

- ☐ ΝΑΙ αιτία:.....
☐ ΟΧΙ

Ποια τα φάρμακα:.....

Δοσολογία:.....

Διάρκεια:.....

**ΥΠΑΡΧΕΙ ΚΑΠΟΙΟ ΑΛΛΟ ΘΕΜΑ
ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ
ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΣΑΣ ΠΟΥ
ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΝΩΡΙΖΟΥΜΕ**

- ☐ ΝΑΙ.....
☐ ΟΧΙ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΟΓΡΑΦΟΝΤΟΣ ΣΤΟ ΕΝΤΥΠΟ:

ΟΝ/ΜΟ:

Δ/ΝΣΗ:

ΤΗΛ:

ΣΥΓΓΕΝΕΙΑ/ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΠΑΙΔΙ:

Με την υπογραφή του παρόντος δελτίου δηλώνω υπεύθυνα ότι το παιδί μου δύναται να παρακολουθήσει το TNBA ELITE SUMMER CAMP 2017 που θα πραγματοποιηθεί στο SPORTCAMP 24-30 Ιουνίου 2017.

ΥΠΟΓΡΑΦΗ:.....

* Τα παραπάνω στοιχεία καταχωρούνται σε βάση δεδομένων της TNBA Greece, είναι τελείως εμπιστευτικά, η συλλογή τους αποσκοπεί αποκλειστικά και μόνο στην ενημέρωση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και την παροχή κατάλληλης φροντίδας και δεν κοινοποιούνται χωρίς την συγκατάθεση του υπογράφοντος.

