



## ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ

Ο/Η κάτωθι ιατρός.....

εξέτασε τον/την .....του.....

με ημερομηνία γέννησης....., παρέλαβε το έντυπο ιατρικού ιστορικού που συμπλήρωσε ο εξεταζόμενος και βεβαιώνει ότι κατά την ημέρα της κλινικής εξέτασης ...../...../2020 δεν εμφάνισε συμπτώματα πυρετού, βήχα, δύσπνοιας, πονόλαιμου, κόπωσης, μυαλγίας, ανοσμίας.

**Η παρούσα εκδίδεται για την είσοδο σε αθλητικές εγκαταστάσεις.**

Υπογραφή και Σφραγίδα Ιατρού

.....

\*Το έντυπο του σχετικού ιατρικού ιστορικού τηρείται στο ιατρείο του υπογράφοντος



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ  
ΓΕΝΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ

**ΦΥΛΛΟ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ ΑΘΛΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ**  
**ΙΑΤΡΙΚΟ ΑΠΟΡΡΗΤΟ**

ΕΠΩΝΥΜΟ: \_\_\_\_\_ ΟΝΟΜΑ: \_\_\_\_\_

ΦΥΛΟ: Α Θ ΗΛΙΚΙΑ: \_\_\_\_\_ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: \_\_\_\_\_

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΡΟΠΟΝΗΤΗ: \_\_\_\_\_ ΚΙΝΗΤΟ: \_\_\_\_\_

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ: \_\_\_\_\_ ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ (ΣΕ ΑΝΗΛΙΚΟ): \_\_\_\_\_

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΓΟΝΕΩΝ (ΣΕ ΑΝΗΛΙΚΟ): \_\_\_\_\_

ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΟΙΚΙΑΣ ΓΟΝΕΩΝ (ΣΕ ΑΝΗΛΙΚΟ): \_\_\_\_\_ ΚΙΝΗΤΟ: \_\_\_\_\_

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΘΛΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ:  
\_\_\_\_\_

ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΟΙΚΙΑΣ ΑΘΛΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ: \_\_\_\_\_ ΚΙΝΗΤΟ: \_\_\_\_\_

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΙΑΤΡΟΥ ΟΜΑΔΑΣ (ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΥ ΣΕ ΑΝΗΛΙΚΟ <14 ΕΤΩΝ) :

\_\_\_\_\_

ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΙΑΤΡΟΥ ΟΜΑΔΑΣ (Η ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΥ) : \_\_\_\_\_ ΚΙΝΗΤΟ: \_\_\_\_\_

ΟΝΟΜΑ ΚΑΙ ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΟΥ: \_\_\_\_\_

**ΣΩΜΑΤΟΜΕΤΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

ΥΨΟΣ (cm): \_\_\_\_\_ ΒΑΡΟΣ (Kg): \_\_\_\_\_ ΒΜΙ: \_\_\_\_\_

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

1. **Είχατε πρόσφατα νοσηλευτεί για CoVID-19;**  
A. ΟΧΙ  
B. ΝΑΙ (Αναφέρατε Νοσοκομείο και Ημερομηνίες ) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. **Είχατε κάνει για οποιοδήποτε λόγο τεστ PCR (ρινικό ή φαρυγγικό επίχρισμα) για CoVID-19;**  
A. ΟΧΙ  
B. ΝΑΙ ΗΤΑΝ ΑΡΝΗΤΙΚΟ (ΗΜΕΡΟΜ) \_\_\_\_\_  
Γ. ΝΑΙ ΗΤΑΝ ΘΕΤΙΚΟ ΧΩΡΙΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΜΕΙΝΑ ΣΠΙΤΙ (ΗΜΕΡΟΜ) \_\_\_\_\_
3. **Είχατε κάνει για οποιοδήποτε λόγο τεστ αντισωμάτων για CoVID-19;**  
A. ΟΧΙ  
B. ΝΑΙ ΗΤΑΝ ΑΡΝΗΤΙΚΟ (ΗΜΕΡΟΜ) \_\_\_\_\_  
Γ. ΝΑΙ ΗΤΑΝ ΘΕΤΙΚΟ ΧΩΡΙΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΜΕΙΝΑ ΣΠΙΤΙ (ΗΜΕΡΟΜ) \_\_\_\_\_
4. **Είχε κάποιο άτομο του στενού περιβάλλοντος σας πρόσφατα νοσήσει από CoVID-19;**  
A. ΟΧΙ  
B. ΝΑΙ (Αναφέρατε Νοσοκομείο και Ημερομηνίες) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. **Ταξιδέψατε τις τελευταίες 20 μέρες στο εξωτερικό;**  
A. ΟΧΙ  
B. ΝΑΙ (Σε ποιες χώρες) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. **Είχατε πρόσφατα (τελευταίες 6 εβδομάδες) κάποιο εμπύρετο νόσημα;**  
A. ΟΧΙ  
B. ΝΑΙ (Αναλύστε) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. **Έχετε αίσθημα εύκολης κόπωσης, ξηρό βήχα ή δύσπνοια τις τελευταίες 6 εβδομάδες;**  
A. ΟΧΙ  
B. ΝΑΙ (Αναλύστε) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
8. **Είστε καπνιστής/καπνίστρια;**  
A. ΟΧΙ  
B. ΝΑΙ (μέσος αριθμός τσιγάρων ανά ημέρα: \_\_\_\_\_)

9. Κάνατε άσκηση στο σπίτι στη διάρκεια της πανδημίας του κορωνοϊού;
- A. ΟΧΙ ΚΑΘΟΛΟΥ
- B. ΣΤΑΤΙΚΟ ΠΟΔΗΛΑΤΟ ΚΑΙ/Η ΤΡΕΞΙΜΟ ΚΑΙ ΟΡΙΣΜΕΝΕΣ ΑΣΚΗΣΕΙΣ
- Γ. ΠΛΗΡΕΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΥΝΤΗΡΗΣΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ
10. Είχατε ενοχλήσεις κατά τη διάρκεια της άσκησης (ταχυκαρδία, ζάλη, δύσπνοια);
- A. ΟΧΙ
- B. ΝΑΙ (Αναλύστε) \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
11. Έχετε λιποθυμήσει ποτέ στην άσκηση ή μετά από αυτή;
- A. ΟΧΙ
- B. ΝΑΙ (Αναλύστε) \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
12. Έχετε κάποια χρόνια νόσημα (όπως σακχαρώδης διαβήτης ή άσθμα);
- A. ΟΧΙ
- B. ΝΑΙ (Αναλύστε) \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
13. Παίρνετε αυτή την περίοδο κάποια φάρμακα;
- A. ΟΧΙ
- B. ΝΑΙ (Αναλύστε) \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
14. Έχετε αλλεργία σε ουσίες, φαγητό ή φάρμακα;
- A. ΟΧΙ
- B. ΝΑΙ (Αναλύστε) \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
15. Είχατε ποτέ παλαιότερα πόνο στο στήθος ή δυσφορία στο στέρνο κατά την άσκηση;
- A. ΟΧΙ
- B. ΝΑΙ (Αναλύστε) \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
16. Είχατε ποτέ παλαιότερα ταχυκαρδία (έντονη) ή αρρυθμία (άρρυθμο σφυγμό) κατά την άσκηση;
- A. ΟΧΙ
- B. ΝΑΙ (Αναλύστε) \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

17. Σας έχει ενημερώσει ποτέ ιατρός ότι έχετε ένα από τα ακόλουθα;
- A. Υψηλή αρτηριακή πίεση
  - B. «Φύσημα» στην καρδιά
  - Γ. Υψηλή χοληστερίνη
  - Δ. Φλεγμονή στην καρδιά (περικαρδίτιδα, μυοκαρδίτιδα)
18. Έχετε κάνει πρόσφατα καρδιολογικές εξετάσεις (π.χ. καρδιογράφημα ή τρίplex);
- A. Εντός των τελευταίων 12 μηνών
  - B. Εντός των τελευταίων 2 ετών
  - Γ. Έχω να κάνω εξέταση πάνω από δύο έτη
19. Υπάρχει κάποιος στην οικογένειά σας που υπέστη αιφνίδιο θάνατο;
- A. ΟΧΙ
  - B. ΝΑΙ (Αναλύστε) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
20. Υπάρχει κάποιος στην οικογένειά σας που έχει κάποιο ιατρικό πρόβλημα;
- A. ΟΧΙ
  - B. ΝΑΙ (Αναλύστε) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
21. Υπάρχει κάποιος στην οικογένειά σας που πέθανε πριν την ηλικία των 50 ετών;
- A. ΟΧΙ
  - B. ΝΑΙ (Αναλύστε) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
22. Υπάρχει κανείς στην οικογένειά σας με σύνδρομο Marfan (αραχνοδακτυλία);
- A. ΟΧΙ
  - B. ΝΑΙ (Αναλύστε) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
23. Νοσηλευτήκατε ποτέ σε νοσοκομείο;
- A. ΟΧΙ
  - B. ΝΑΙ (Αναλύστε) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
24. Είχατε ποτέ κάνει επέμβαση;
- A. ΟΧΙ
  - B. ΝΑΙ (Αναλύστε) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

25. Είχατε ποτέ στο παρελθόν τραυματιστεί στα μαλακά μέρια (συνδεσμικές κακώσεις, τενοντίτιδα, θλάση) με αποτέλεσμα να χάσετε προπονήσεις ή αγώνα;

A. ΟΧΙ

B. ΝΑΙ (Αναλύστε) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

26. Έχετε κάτι άλλο να προσθέσετε;

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΑΘΛΗΤΗ (Η ΚΗΔΕΜΟΝΑ ΣΕ ΑΝΗΛΙΚΟ)**

Ο κάτωθι υπογεγραμμένος αθλητής (ή κηδεμόνας αυτού) δηλώνουμε υπεύθυνα ότι τα ανωτέρω στοιχεία είναι αληθή.

Κατανοούμε ότι η συλλογή αυτών των πληροφοριών γίνεται για καθαρά ιατρικούς σκοπούς και ότι λεπτομέρειες της υγείας του αθλητή δεν θα περιέλθουν σε τρίτα πρόσωπα.

Κατανοούμε επίσης ότι το Ιατρικό Επιτελείο μπορεί να προτείνει την προσωρινή ή και οριστική απομάκρυνση του αθλητή από τις αθλητικές δραστηριότητες εφόσον κριθεί ότι αυτή μπορεί να επιδεινώσει κάποιο πρόβλημα υγείας ή ακόμη και να θέσει σε κίνδυνο τη ζωή τη δική του ή άλλων.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ \_\_\_\_\_

Ο ΑΘΛΗΤΗΣ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ \_\_\_\_\_ ΥΠΟΓΡΑΦΗ \_\_\_\_\_

Ο ΚΗΔΕΜΟΝΑΣ (ΣΕ ΑΝΗΛΙΚΟ ΑΘΛΗΤΗ)

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ \_\_\_\_\_ ΥΠΟΓΡΑΦΗ \_\_\_\_\_