

**ΔΕΛΤΙΟ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ**

(ΟΙ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΑΥΤΕΣ ΠΡΟΟΡΙΖΟΝΤΑΙ ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΧΡΗΣΗ. ΣΥΛΛΕΓΟΝΤΑΙ ΚΑΙ ΔΕΧΟΝΤΑΙ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟΝ ΚΑΝΟΝΙΣΜΟ ΕΕ2016/679 ΚΑΙ ΤΙΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑΣ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ)

<b>1. ΕΠΩΝΥΜΟ</b>		<b>ΟΝΟΜΑ</b>		<b>ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ</b>		
<b>2. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:</b>			<b>3. ΑΜΚΑ:</b>			
<b>4. ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΟΣ:</b>	<b>5. ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ:</b>		<b>6. ΑΦΜ:</b>		<b>7. ΒΑΘΜΟΣ Ή ΙΔΙΟΤΗΤΑ:</b>	
<b>8. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ</b>		(οδός, αριθμός, πόλη, ΤΚ)		<b>9. ΤΗΛΕΦΩΝΟ: E-MAIL:</b>		
<b>10. ΗΜΕΡΟΜ. ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ:</b>			<b>11. ΚΕΝΤΡΟ ΕΞΕΤΑΣΗΣ ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ:</b>			
<b>12. ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΚΑΙ ΕΝΟΧΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΕΧΕΤΕ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ ΧΡΟΝΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟ:</b>			<b>13. ΦΑΡΜΑΚΑ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΕΤΕ:</b>			
<b>14. ΕΙΧΑΤΕ ΠΟΤΕ Ή ΠΑΣΧΕΤΕ ΤΩΡΑ ΑΠΟ (ΑΠΑΝΤΗΣΤΕ ΣΤΗΝ ΚΑΘΕ ΕΡΩΤΗΣΗ ΜΕ ΕΝΑ V ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΑ):</b>						
	ΝΑΙ	ΟΧΙ		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
Συγκατοίκηση με άτομο που έπασχε από χρόνια μεταδοτικό λοιμώδες νόσημα π.χ. φυματίωση			Φορούσατε ή φοράτε φακούς επαφής			
Βήχα με αιμόπτυση			Φορούσατε ή φοράτε διορθωτικά γυαλιά			
Υπερβολική αιμορραγία μετά από τραύμα ή εξαγωγή δοντιού			Φορούσατε ή φοράτε ακουστικά βαρηκοΐας			
Σκεφτεί ή κάνει απόπειρα αυτοκτονίας			Είχατε ή έχετε βαταρισμό(ταχυλαλία) ή βραδυγλωσσία			
Υπνοβασία			Φορούσατε ή φοράτε ορθοπεδικό κορσέ ή ζώνη			
<b>15. ΕΙΧΑΤΕ ΠΟΤΕ Ή ΠΑΣΧΕΤΕ ΤΩΡΑ ΑΠΟ (ΑΠΑΝΤΗΣΤΕ ΣΤΗΝ ΚΑΘΕ ΕΡΩΤΗΣΗ ΜΕ ΕΝΑ V ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΑ):</b>						
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΕΝ ΞΕΡΩ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΕΝ ΞΕΡΩ

Ρευματικό πυρετό				Κράμπες στα πόδια				Δυσκαμψία ή πιάσιμο του γόνατος			
Επώδυνες ή πρησμένες αρθρώσεις				Συχνές δυσπεψίες				Νευρίτιδα			
Συχνές ή βαριές προσβολές κεφαλαλγίας				Λίθους ή άλλες διαταραχές από τη χολή				Παραλύσεις άκρων			
Ιλίγγους ή λιποθυμικές κρίσεις				Ίκτερο ή ηπατίτιδα				Επιληψία ή επιληπτικά ισοδύναμα, σπασμούς			
Διαταραχές από αυτιά, μύτη ή λαιμό				Διαταραχές από το στομάχι ή τα έντερα				Ναυτία από μέσα μεταφοράς			
Μείωση όρασης				Ανεπιθύμητες ενέργειες από ορούς ή φάρμακα				Συχνές διαταραχές του ύπνου π.χ. αυπνία - υπνηλία			
Μείωση ακοής				Όγκους/ κύστεις/ καρκίνο				Κατάθλιψη ή έντονη μελαγχολία			
Σοβαρές διαταραχές από τα δόντια ή τα ούλα				Αιμορροΐδες ή διαταραχές του ορθού εντέρου				Νευρικές διαταραχές οποιασδήποτε μορφής			
Κολπίτιδες των παραρρινίων κόλπων, ιγμορίτιδα				Επώδυνες και συχνές ουρήσεις				Απώλεια συνείδησης οποιασδήποτε μορφής ή διάρκειας			
Αλλεργικό πυρετό από χόρτα				Νυχτερινή ενούρηση μετά την ηλικία των 12 ετών				Εθισμό σε φάρμακα ή τοξικές ουσίες			
Τραύματα ή κακώσεις της κεφαλής				Νεφρολιθίαση ή αίμα στα ούρα				ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΓΥΝΑΙΚΕΣ: ΕΙΧΑΤΕ ΠΟΤΕ			
Δερματικές αρρώστιες				Αφροδίσια νοσήματα, σύφιλη, βλεννόρροια							
Διαταραχές από τον θυρεοειδή				Πρόσφατη αύξηση ή ελάττωση του βάρους				Κάνει γυναικολογική θεραπεία			
Φυματίωση (οποιασδήποτε μορφής)				Αρθρίτιδα, τενοντοθηκίτιδα ρευματισμούς				Μεταβολή του κύκλου ρύσεως			
Βρογχικό άσθμα μετά την ηλικία των 10 ετών				Κατάγματα των οστών				Εγκυμοσύνη			
Δύσπνοια στην ηρεμία ή στην μικρή κόπωση				Παραμορφώσεις των οστών και αρθρώσεων				ΕΠΑΣΧΕ Ή ΠΑΣΧΕΙ ΚΑΠΟΙΟΣ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΣΑΣ ΑΠΟ:			
Πόνο ή αίσθημα πύεσης στο στήθος				Δυσχέρεια στη βάδιση				Σακχαρώδη Διαβήτη			
Χρόνιο βήχα				Απώλεια δακτύλων των χεριών ή των ποδιών				Ψύχωση, κατάθλιψη, σχιζοφρένεια ή άλλη ψυχική νόσος			
Παλμούς ή δυνατούς κτύπους στην καρδιά				Πόνος ή πιάσιμο του ώμου ή των αγκώνων				Αιφνίδιος θάνατος σε ηλικία μικρότερη των 50 ετών			
Διαταραχές της καρδιακής λειτουργίας				Υποτροπιάζουσα οσφυαλγία				Καρκίνο			
Υψηλή ή χαμηλή αρτηριακή πίεση				Διαταραχές από τα πόδια				Αλκοολισμό			
Ρήξεις μυών, τενόντων, συνδέσμων και κήλες				Απώλεια μνήμης οποιασδήποτε μορφής				Επιληψία			
16. ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΣΥΝΗΘΙΣΜΕΝΗ ΣΑΣ ΕΞΩΣΧΟΛΙΚΗ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ					17. ΕΙΣΤΕ		ΔΕΞΙΟΧΕΙΡΑΣ	<input type="checkbox"/>			
							ΑΡΙΣΤΕΡΟΧΕΙΡΑΣ	<input type="checkbox"/>			

ΑΠΑΝΤΗΣΤΕ ΣΕ ΚΑΘΕ ΕΡΩΤΗΣΗ ΝΑΙ Ή ΟΧΙ . ΚΑΘΕ ΘΕΤΙΚΗ ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΕΞΗΓΗΣΤΕ ΤΗΝ ΜΕ ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ ΣΤΟΝ ΚΕΝΟ ΧΩΡΟ ΔΕΞΙΑ			
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
18. Σας αρνήθηκαν ποτέ εργασία ή διακόψατε ποτέ εργασία ή σπουδή λόγω:			
A. Ευαισθησίας σε χημικές ουσίες, ήλιο, σκόνη κ.λ.π			
B. Αδυναμίες να εκτελείτε μερικές κινήσεις			
Γ. Αδυναμίας να χρησιμοποιείτε ορισμένες θέσεις του σώματος			
Δ. Για άλλους ιατρικούς λόγους (Εάν ΝΑΙ γράψτε ποιους)			
19. Κάνατε ποτέ θεραπεία για ψυχικές διαταραχές; Εάν ΝΑΙ γράψτε πότε, που και δώστε συγκεκριμένες λεπτομέρειες			
20. Είχατε σημαντικές αυξομειώσεις του σωματικού σας βάρους; Ακολουθείτε υγιεινές διατροφικές συνήθειες;			..... .....
21. Καπνίζετε; Εάν ΝΑΙ: Αριθμός τσιγάρων ημερησίως Αριθμός ημερών του μήνα που καπνίζετε Πόσα έτη καπνίζετε			..... ..... .....
22. Πίνετε αλκοόλ; Εάν ΝΑΙ, Αριθμός ποτών την εβδομάδα Αριθμός ποτών την ημέρα Συχνότητα κατανάλωσης περισσότερων των έξι (6) ποτών τη φορά.			..... ..... .....
23. Σας έχει ποτέ αρνηθεί ασφαλιστική εταιρεία να σας κάνει ασφάλεια ζωής; Εάν ΝΑΙ γράψτε αιτία και λεπτομέρειες			
24. Έχετε κάνει ή σας συμβούλεψαν να κάνετε οποιαδήποτε εγχείρηση;			
25. Έχετε ποτέ νοσηλευτεί σε κλινική ή νοσοκομείο; Αν ΝΑΙ, πότε, πού και Δνση νοσοκομείου.			
26. Έχετε άλλοτε αρρωστήσει ή τραυματιστεί εκτός από αυτά που ήδη σημειώσατε; Εάν ΝΑΙ πότε και πού;			
27. Έχετε θεραπευτεί ή σας έχει συμβουλέψει να κάνετε θεραπεία ιατρός νοσοκομείο, θεραπευτής ή άλλος πρακτικός μέσα στα τελευταία πέντε χρόνια για άλλες παθήσεις εκτός από τις συνήθεις μικροαρρώστιες; Εάν ΝΑΙ γράψτε για ποια πάθηση, όνομα ιατρού ή νοσοκομείου και άλλες λεπτομέρειες			
28. Έχετε ταξιδέψει πρόσφατα στο εξωτερικό; Εάν ΝΑΙ, πού ακριβώς (χώρα – πόλη) και για πόσο διάστημα;			
29. Έχετε ποτέ απορριφθεί από στρατιωτική υπηρεσία εξαιτίας φυσικού ελαττώματος, ψυχικής αιτίας ή άλλων ιατρικών λόγων; Εάν ΝΑΙ γράψτε ημερομηνία και αιτία της απόρριψης.			
30. Απολυθήκατε ποτέ από στρατιωτική υπηρεσία εξαιτίας οποιασδήποτε ιατρικής αιτίας; Αν ΝΑΙ γράψτε χρονολογία, αιτία, είδος απολύσεως			
31. Έχετε ποτέ πάρει ή παίρνετε τώρα ή έχετε κάνει αίτηση για αποζημίωση ή πληρωμή για υπάρχουσα ανικανότητα; Εάν ΝΑΙ γράψτε το είδος, από ποιόν την πήρατε, τι ποσό, πότε και γιατί.			

Βεβαιώνω ότι οι παραπάνω απαντήσεις μου είναι αληθινές και πλήρεις από όσο μπορώ να γνωρίζω.  
Δηλώνω ότι δεν αποκρύπτω υγειονομικές μου πληροφορίες με στόχο να γίνω δεκτός/ή για κατάταξη ή υπηρεσία στις Ένοπλες Δυνάμεις (ΕΔ).  
Συναινώ στην αναζήτηση υγειονομικών μου στοιχείων, όπως δηλώθηκαν στο παρόν Δελτίο Ιατρικού Ιστορικού, στους αναφερόμενους στην παρ.19,25,26 και 27 φορείς παρόχους υγείας της χώρας.

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΕΞΕΤΑΣΘΕΝΤΟΣ (ΜΕ ΚΕΦΑΛΑΙΑ)

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΓΟΝΕΑ ΕΞΕΤΑΣΘΕΝΤΟΣ ΕΑΝ ΕΙΝΑΙ ΑΝΗΛΙΚΟΣ (ΜΕ ΚΕΦΑΛΑΙΑ)

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

ΕΛΑΒΑΝ ΓΝΩΣΗ ΟΙ ΕΙΔΙΚΟΙ ΙΑΤΡΟΙ ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΕΞΕΤ. ΙΑΤΡΟΥ (ΜΕ ΚΕΦΑΛΑΙΑ)	ΥΠΟΓΡΑΦΗ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΣΧΟΛΙΑ