



Anamnézis lap

Név:

Születési hely, idő:

Van tudomása fertőző betegségről?* Nincs Igen:

Fennálló betegségek, melyekről a tábor orvosának tudnia kell*: cukorbetegség, magas vérnyomás, infarktus, agyvérzés, fertőző májgyulladás, TBC, migrén, epilepszia, vesebetegség, reuma, emésztési zavarok, sérv, stb.....

Allergiák* (ismert gyógyszerallergia, bármely egyéb allergiás állapot (szénanátha, asztma, ételallergiák, környezeti allergiák stb.):
.....

Gyógyszerérzékenység fennáll?* Nem Igen:

Jelenleg szedett gyógyszerek:.....

Van fennálló orvosi kezelése?* Nincs Van:

Élvezeti szerek használata

a. dohányzik? ha igen, gyakoriság naponta:

b. kávé fogyaszt? ha igen, gyakoriság naponta:

c. alkoholt fogyaszt? ha igen, gyakorisága:

d. serkentőszert fogyaszt?.....ha igen, gyakorisága:.....

Alulírott kijelentem, hogy az adatok a valóságnak megfelelnek, eltitkolt betegségem nincs, a programokon kizárólag saját felelősségemre veszek részt. Amennyiben a táborvezető javasolja, az orvosi vizsgálatnak eleget teszek.

Dátum:

Aláírás

(táborozó, szülő vagy gondviselő)

*Kérem, a megfelelő választ aláhúzással jelölje.