

Εταιρία Βιβλικών Σπουδών

Χρ. Αδαμοπούλου 8

190 09 Πικέρμι - Αττικής

**ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: |  | |
| ΗΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ: | | ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: |
| Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: | | |
| ΤΗΛ: | | EMAIL: |
| Δ/ΝΣΗ ΓΟΝΕΩΝ: | | |
| ΤΗΛ: | | |
| ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΠΑΤΕΡΑ: | | |
| ΟΙΚ. ΓΙΑΤΡΟΣ: | | |
| Δ/ΝΣΗ ΓΙΑΤΡΟΥ: | | |
| ΤΗΛ: | | |

Γράψτε 2 επαφές (εκτός των γονέων) σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης:

|  |  |
| --- | --- |
| ΟΝΟΜΑ: | ΤΗΛ: |
| ΟΝΟΜΑ: | ΤΗΛ: |

Έχω περάσει τις παρακάτω ασθένειες: Έχω κάνει τα παρακάτω εμβόλια:

\_\_\_\_\_\_αμυγδαλίτιδα \_\_\_\_\_\_αντιδιφθεριτικό

\_\_\_\_\_\_ανεμοβλογιά \_\_\_\_\_\_αντικοκκυτικό

\_\_\_\_\_\_βρογχικό άσθμα \_\_\_\_\_\_αντιτετανικό

\_\_\_\_\_\_διφθερίτιδα \_\_\_\_\_\_δαμαλισμού

\_\_\_\_\_\_επιληψία \_\_\_\_\_\_ερυθράς

\_\_\_\_\_\_ερυθρά \_\_\_\_\_\_ιλαράς

\_\_\_\_\_\_ιλαρά \_\_\_\_\_\_παρωτίτιδας

\_\_\_\_\_\_καρδιακή ανωμαλία \_\_\_\_\_\_πολιομυελίτιδας

\_\_\_\_\_\_κίτρινο πυρετό \_\_\_\_\_\_χολέρας

\_\_\_\_\_\_μηνιγγίτιδα \_\_\_\_\_\_άλλα \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_παρωτίτιδα

\_\_\_\_\_\_πολιομυελίτιδα

\_\_\_\_\_\_χολέρα

\_\_\_\_\_\_άλλα \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Έχω το παρακάτω πρόβλημα υγείας που θα πρέπει να γνωρίζει η Σχολή:

Ασθένεια:..........................................................................................................................

Συμπτώματα:....................................................................................................................

Φάρμακα:.........................................................................................................................

Έχετε πάρει ποτέ ναρκωτικά;...........................................................................................

Εάν ναι, δώστε λεπτομέρειες:..........................................................................................

..........................................................................................................................................

Σε περίπτωση ανάγκης, εξουσιοδοτώ τo Βιβλικό Κολέγιο να συμβουλευτεί τον οικογενειακό μου γιατρό, του οποίου το όνομα δίνω παραπάνω, με δικά μου έξοδα. Σε περίπτωση που δεν μπορούν να τον βρουν, δίνω άδεια να καλέσουν όποιο γιατρό κρίνουν κατάλληλο, ή ακόμη και να με μεταφέρουν σε νοσοκομείο για θεραπεία.

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

Ημερομηνία Υπογραφή