

ΈΝΤΥΠΟ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ
(Συμπληρώνεται από τους γονείς και επιδεικνύεται στο γιατρό)

A. ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ

- Φάρμακα: _____
- Τροφές: _____
- Έντομα: _____
- Έλλειψη G6PD: _____
- Άλλο: _____

B. ΦΑΡΜΑΚΑ

Παίρνει το παιδί φάρμακα; Ναι / Όχι

Ποια; _____

Γ. ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Διαβήτης | <input type="checkbox"/> Αγχώδεις διαταραχές |
| <input type="checkbox"/> Καρδιοπάθεια | <input type="checkbox"/> Διατροφικές διαταραχές |
| <input type="checkbox"/> Επιληψία | <input type="checkbox"/> Μαθησιακές δυσκολίες |
| <input type="checkbox"/> Άσθμα | <input type="checkbox"/> ΔΕΠΥ |
| <input type="checkbox"/> Μυοσκελετικά προβλήματα | <input type="checkbox"/> Αυτιστικό φάσμα |
| <input type="checkbox"/> Κατάθλιψη | <input type="checkbox"/> Ιστορικό αυτό-τραυματισμού |

Οποιαδήποτε άλλη χρήσιμη πληροφορία:

Ημερομηνία

...../...../2024

Υπογραφή & Ονοματεπώνυμο Γονέα

.....