



ΚΥΠΡΙΑΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ

ΑΝΩΤΑΤΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΘΛΗΤΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΓΙΑ ΔΕΛΤΙΟ ΥΓΕΙΑΣ



ΛΕΩΦ. ΜΑΚΑΡΕΙΟΥ ΑΘΛΗΤΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ, ΕΓΚΩΜΗ, 2400 ΛΕΥΚΩΣΙΑ | ΤΑΧ. ΘΥΡ.: 24804, 1304 ΛΕΥΚΩΣΙΑ ΚΥΠΡΟΣ | ΤΗΛ: 22-897000, FAX: 22-358222

1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΘΛΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ (ΚΕΦΑΛΑΙΑ)

ΑΡ. ΔΕΛΤΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ*

* Για υπηρεσιακή χρήση ΜΟΝΟΝ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:

ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ:

ΣΩΜΑΤΕΙΟ:

ΗΜΕΡΟΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ:

ΑΡ. ΠΟΛ. ΤΑΥΤ.:

ΤΗΛ.:

ΦΥΛΟ:

ΑΝΔΡΑΣ

ΓΥΝΑΙΚΑ

Υποχρεωτικό: α) Τηλ. αθλητή/τριας
β) Για αθλητή/τρια κάτω των 18 ετών
τηλ. γονέα/κηδεμόνα

2.

ΤΗΛ.:

(Όνομα οικογενειακού ιατρού)

3. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΙΑΤΡΟΥ

α. Είχατε στο παρελθόν ή και τώρα υποφέρει από τα εξής προβλήματα:

ΝΑΙ ΟΧΙ

- 1) Απώλεια αισθήσεων, προσυγκοπτικό επεισόδιο ή άλλο νευρολογικό σύμπτωμα
- 2) Παρατεταμένο βήχα, άσθμα, χρόνια βρογχίτιδα ή άλλο πνευμονικό πρόβλημα
- 3) Πόνο στο στήθος, αρρυθμία, δύσπνοια, εύκολη κόπωση, υπέρταση, περικαρδίτιδα, μυοκαρδίτιδα ή φύσημα καρδιάς
- 4) Αναιμία, στίγμα μεσογειακής ή άλλης αναιμίας
- 5) Διαβήτη, ή άλλη ενδοκρινολογική πάθηση (θυρεοειδή κλπ.)
- 6) Μελαγχολία, ψυχική κατάρρευση ή άλλα

☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐

β. Καπνίζετε τσιγάρο, πούρο ή καπνό

☐	☐
--------------------------	--------------------------

γ. Υπάρχουν άλλες ασθένειες ή σοβαρές αλλεργίες ή παθολογικό πρόβλημα. (Να συμπληρωθεί)

Αρ. Ερώτησης	Αν η απάντηση είναι "ΝΑΙ", δώστε λεπτομερείς πληροφορίες που να περιλαμβάνουν ημερομηνίες, διάρκεια νόσου, τόπο νοσηλείας

4. ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ (Σε περίπτωση θετικής απάντησης διευκρινίστε)

Συγγένεια	Ηλικία	Διαβήτης	Υπέρταση	Καρδιοπάθειες	Διανοητική Πάθηση	Άλλες Ασθένειες	Διευκρίνιση Ασθένειας	Ηλικία Θανάτου	Αιτία Θανάτου
Πατέρας		☐	☐	☐	☐	☐			
Μητέρα		☐	☐	☐	☐	☐			
Αδελφός/η		☐	☐	☐	☐	☐			
Αδελφός/η		☐	☐	☐	☐	☐			

5. Αφορά άρρενες πολίτες της Κυπριακής Δημοκρατίας οι οποίοι έχουν συμπληρώσει το 17^ο έτος της ηλικίας τους και έχουν κληθεί και καταταχθεί στην Εθνική Φρουρά σύμφωνα με τις διατάξεις του περί Εθνικής Φρουράς Νόμου από το 2019 και εντεύθεν.

α. Υπηρετείτε στην Εθνική Φρουρά: ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

Εάν "ΝΑΙ" να προσκομίσετε πρόσφατη βεβαίωση με ημερομηνία έκδοσης όχι πέραν των 30 ημερών από τη μονάδα που υπηρετείτε.

β. Έχετε εκπληρώσει τη θητεία σας στην Εθνική Φρουρά: ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

Εάν "ΝΑΙ" να προσκομίσετε αντίγραφο ειδικού φύλλου πορείας (απολυτήριο) ή Πιστοποιητικό Στρατολογικής Κατάστασης Τύπου "Α". Εάν "ΟΧΙ" για λόγους υγείας, να προσκομίσετε Πιστοποιητικό Στρατολογικής Κατάστασης Τύπου "Α" ή αντίγραφο προσωρινού απολυτηρίου στο οποίο να εμφανίζεται ο λόγος της απαλλαγής (1/5) ή αναβολής σας.

γ. Εάν «ΟΧΙ» για οποιοδήποτε άλλο λόγο, παρακαλώ όπως προσκομίσετε σχετική βεβαίωση από Πιστοποιούντα Υπάλληλο, Κοινοτάρχη ή Αρμόδια Αρχή της Δημοκρατίας στην οποία να αναφέρεται ο λόγος της μη εκπλήρωσης της στρατιωτικής σας θητείας.

Σημ: Η προσκόμιση των πιο πάνω βεβαιώσεων είναι υποχρεωτική από όλους τους άρρενες που υποβάλλουν αίτηση έκδοσης Δελτίου Υγείας από το 2019 και εντεύθεν και μόνο την 1^η φορά.

ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

6. ΜΕΤΡΗΣΑΤΕ

α) Σωματομετρικά στοιχεία:

Ύψος (Εκ.)	Βάρος (Κιλά)
------------	--------------

β) Αρτηριακή πίεση:

(Εάν είναι πάνω από 140/90 μετρήστε 3 φορές)

Συστολική						
Διαστολική						

7. ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

ΝΑΙ ΟΧΙ

α) Απουσία σφύξεων αρτηριών ☐ ☐

β) Υπάρχει φύσημα ή κλικ ☐ ☐

Εάν υπάρχει φύσημα ή κλικ

Συστολικό ☐ Διαστολικό ☐

Σε περίπτωση φύσηματος να παραπεμφθεί σε καρδιολόγο

Ομάδα αίματος Rh

8. ΑΛΛΑ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Ο ΚΟΑ, ως Υπεύθυνος Επεξεργασίας Δεδομένων, ακολουθεί τον Γενικό Κανονισμό Προσωπικών Δεδομένων 2016/679 (GDPR). Τα στοιχεία σας στην παρούσα αίτηση θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά από τον ΑΣΥΑ και τους συνεργαζόμενους ιατρούς για την εξέταση της ιατρικής σας κατάστασης, σύμφωνα με το Άρθρο 9.2(α) του Κανονισμού με σκοπό την έκδοση Δελτίου Υγείας. Ο ΚΟΑ δεν θα μεταφέρει τα προσωπικά σας δεδομένα σε τρίτους χωρίς τη δική σας συγκατάθεση. Έχετε δικαίωμα πρόσβασης, διόρθωσης, περιορισμού/εναντίωσης σε επεξεργασία ή/και διαγραφής των Προσωπικών σας Δεδομένων. Για να εξασκήσετε τα δικαιώματά σας επικοινωνήστε στο info@sportskoa.org.cy ή στο τηλ. 22897000. Τα προσωπικά σας δεδομένα θα διαγραφούν 6 μήνες μετά τη λήξη της ισχύος του Δελτίου Υγείας. Μπορείτε να ενημερωθείτε σχετικά με την Πολιτική Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων του ΚΟΑ από την ιστοσελίδα <https://cyprussports.org/gr/> ή επικοινωνώντας με τον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων (ΥΠΔ) του ΚΟΑ στο dpo@sportskoa.org.cy. Σε περίπτωση παραπόνου μπορείτε να αποταθείτε στον ΥΠΔ του ΚΟΑ ή αν δεν ικανοποιηθείτε, στο Γραφείο Επιτρόπου Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (www.dataprotection.org.cy).

Φρονώ ότι ο ανωτέρω αθλητής μπορεί να προπονείται και να αγωνίζεται κανονικά.

ΟΝΟΜΑ ΙΑΤΡΟΥ:

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:

ΗΜΕΡΟΜ.:

Υπογραφή και σφραγίδα ιατρού

Βεβαιώ ότι οι απαντήσεις που δόθηκαν από εμένα είναι αληθείς και συγκατατίθεμαι στην επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων για σκοπούς έκδοσης δελτίου υγείας από τον ΚΟΑ.

Σε περίπτωση ανήλικου αθλητή εγώ ο γονέας/κηδεμόνας εξουσιοδοτώ τον πληρεξούσιο εκπρόσωπο του σωματείου/ομοσπονδία να παραλάβει το δελτίο υγείας. ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

ΗΜΕΡΟΜ.:

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΘΛΗΤΗ:

Υπογραφή αθλητή/τριας ή κηδεμόνα για αθλητές/τριες κάτω των 18 ετών

ΕΠΙΘΥΜΩ ΤΟ ΔΕΛΤΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΜΟΥ ΝΑ ΤΟ ΠΑΡΑΛΑΒΕΙ ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΜΕΝΟΣ/Η ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΣ ΣΩΜΑΤΕΙΟΥ/ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑΣ Ή ΑΛΛΟΣ ΦΟΡΕΑΣ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

ΣΗΜ.: ΣΥΣΤΗΝΕΤΑΙ ΟΠΩΣ ΤΟ ΠΑΡΟΝ ΑΠΟΣΤΑΛΕΙ ΕΓΚΑΙΡΑ ΑΠΟ ΤΟ ΣΩΜΑΤΕΙΟ ΓΙΑ ΕΚΔΟΣΗ ΤΟΥ ΔΕΛΤΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ. ΟΠΟΙΑ ΕΝΤΥΠΙΑ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΕΝΑ ΣΩΣΤΑ, Ή ΔΕΝ ΣΥΝΟΔΕΥΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΑ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΕΓΓΡΑΦΑ ΚΑΙ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ, ΘΑ ΘΕΩΡΟΥΝΤΑΙ ΑΚΥΡΑ ΚΑΙ ΘΑ ΕΠΙΣΤΡΕΦΟΝΤΑΙ ΠΙΣΩ ΣΤΟΝ ΑΠΟΣΤΟΛΕΑ.