ΚΥΠΡΙΑΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ
ΑΝΩΤΑΤΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΘΛΗΤΩΝ
ΑΙΤΗΣΗ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ ΓΙΑ ΔΕΛΤΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΛΕΩΦ. ΜΑΚΑΡΕΙΟΥ ΑΘΛΗΤΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ, ΕΓΚΩΜΗ, 2400 ΛΕΥΚΩΣΙΑ | **ΤΑΧ. ΘΥΡ.:** 24804, 1304 ΛΕΥΚΩΣΙΑ ΚΥΠΡΟΣ | ΤΗΛ: 22 897 000, ΦΑΞ: 22 897 220

1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΘΛΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ (ΚΕΦΑΛΑΙΑ)

ΑΡ. ΔΕΛΤΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ*
* Για υπηρεσιακή χρήση ΜΟΝΟΝ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:

ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ:

ΣΩΜΑΤΕΙΟ:

ΗΜΕΡΟΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ: ΑΡ. ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤ. ΤΗΛ.:

ΦΥΛΟ: ΑΝΔΡΑΣ ☐ ΓΥΝΑΙΚΑ ☐

Για υπηκόους της Ευρωπαϊκής Ένωσης και/ή υπηκόους εκτός ΕΕ, να δηλωθεί αρ. διαβατηρίου ή ταυτότητα ή ΔΕΑ / ARC

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

2. ..... **ΤΗΛ.:** .....

(Ονοματεπώνυμο οικογενειακού/προσωπικού ιατρού) (Προσωπικού ιατρού)

3. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΙΑΤΡΟΥ (Να συμπληρωθεί από τον εξετάζοντα ιατρό)

Να επισυναφθεί πρόσφατη φωτογραφία

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 από τον εξετάζοντα ιατρό)

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

4. ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ (Να συμπληρωθούν απαραίτητα οι ηλικίες όλων των μελών της οικογένειας. Σε περίπτωση θετικής απάντησης να διευκρινιστεί η ασθένεια απο τον εξετάζοντα ιατρό)

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 17ο 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 την Εθνική Φρουρά: ΝΑΙ ☐ **ΟΧΙ** ☐ Εαν **«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 πλήρες Πιστοποιητικό Στρατολογικής Κατάστασης Τύπου «Α». Εάν **«ΟΧΙ»** για λόγους υγείας, να προσκομίσετε πλήρες Πιστοποιητικό Στρατολογικής Κατάστασης Τύπου «Α» ή αντίγραφο προσωρινού απολυτηρίου στο οποίο να εμφαίνεται ο λόγος της απαλλαγής (Ι/5) ή αναβολής σας, με όλες τις στρατολογικές μεταβολές, από το οποίο να προκύπτει ο χρόνος θητείας. Η ημερομηνία έκδοσης του να μην είναι μεγαλύτερη των 30 ημερών από την ημερομηνία υποβολής της αίτησης.

γ. Εάν **«ΟΧΙ»** για οποιονδήποτε άλλο λόγο (που να μην σχετίζεται με **λόγους υγείας**), παρακαλώ όπως προσκομίσετε πλήρες Πιστοποιητικό Στρατολογικής Κατάστασης Τύπου «Α», με όλες τις στρατολογικές μεταβολές, από το οποίο να προκύπτει ο χρόνος θητείας ή Πιστοποιητικό από Αρμόδια Αρχή της Κυπριακής 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.

ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

6. ΜΕΤΡΗΣΑΤΕ (Να συμπληρωθεί από τον εξετάζοντα ιατρό)

α) Σωματομετρικά στοιχεία:

Ύψος (Εκ.)	**Βάρος (Κιλά)**

β) Αρτηριακή πίεση:
(Εάν είναι πάνω από 140/90 μετρήστε 3 φορές)

Συστολική ☐☐☐

Διαστολική ☐☐☐

7. ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ (Να συμπληρωθεί από τον εξετάζοντα ιατρό)

	ΝΑΙ	**ΟΧΙ**
α) Απουσία σφύξεων αρτηριών	☐	☐
β) Υπάρχει φύσημα ή κλικ	☐	☐

Εάν υπάρχει φύσημα ή κλικ

Συστολικό ☐ **Διαστολικό** ☐

Σε περίπτωση φυσήματος να παραπεμφθεί σε καρδιολόγο

Ομάδα αίματος Rh ☐

8. ΑΛΛΑ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ (Να συμπληρωθεί από τον εξετάζοντα ιατρό και/ή να επισυναφθεί ιατρική έκθεση)

Εγώ ο/η κάτωθι Ιατρός πιστοποιώ ότι έχω εξετάσει τον/την ανωτέρω αθλητή/τρια ο/η οποίος/α έχει υποβληθεί στις προβλεπόμενες αιματολογικές και ιατρικές εξετάσεις για έκδοση Δελτίου Υγείας και φρονώ ότι μπορεί να προπονείται και να αγωνίζεται κανονικά.

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΙΑΤΡΟΥ: .....

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ: .....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: .....

ΤΗΛ: ..... **ΗΜΕΡΟΜ:** .....

ΠΡΩΤΟΤΥΠΗ

Υπογραφή και σφραγίδα ιατρού

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 του Δελτίου Υγείας. Τα δεδομένα της αίτησης σας, πιθανόν να αποτελέσουν υλικό για σκοπούς επιστημονικής ή ιστορικής έρευνας ή/και στατιστικούς σκοπούς. Μετά την πάροδο της καθορισμένης περιόδου διατήρησης, τα προσωπικά σας δεδομένα θα ανωνυμοποιούνται, θα αρχειοθετούνται και θα επεξεργάζονται σύμφωνα με το Άρθρο 89.2 του ΓΚΠΔ. Μπορείτε να ενημερωθείτε σχετικά με την Πολιτικής Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων του ΚΟΑ για τα δικαιώματα σας και τις υποχρεώσεις μας από την ιστοσελίδα https://cyprussports.org/health-journal/ 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 (dataprotection.org.cy).

Δηλώνω υπεύθυνα ότι όλα τα στοιχεία στην αίτηση αυτή, περιλαμβανομένων των πιστοποιητικών των ιατρικών εξετάσεων και των εγγράφων που επισυνάπτονται, είναι αληθή και ορθά για σκοπούς έκδοσης Δελτίου Υγείας.

«Επιπλέον δηλώνω ότι γνωρίζω και αποδέχομαι όπως σε περίπτωση αλλαγής και/ή μεταβολής στην κατάσταση της υγείας μου από την ημέρα υποβολής της αίτησης για έκδοση Δελτίου Υγείας, οφείλω να ενημερώσω άμεσα τον θεράποντα ιατρό μου, το Σωματείο, την Ομοσπονδία και τον ΚΟΑ/ΑΣΥΑ. Ο ΚΟΑ και οι Ιατρικές Επιτροπές διατηρούν το δικαίωμα να ανακαλέσουν την ισχύ του Δελτίου Υγείας και να ζητήσουν επιπρόσθετες ιατρικές βεβαιώσεις καθώς και παρακλινικές εξετάσεις και/ή την υποβολή εκ νέου αίτησης για έκδοση Δελτίου Υγείας».

ΗΜΕΡΟΜ: .....

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΘΛΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ: .....

Για αθλητές/τριες κάτω των 18 ετών απαιτείται γονική συναίνεση

ΓΟΝΙΚΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ: Δήλωση γονέων/κηδεμόνων ανήλικου/ης αθλητή/τριας

Ονοματεπώνυμο γονέα/κηδεμόνα: ..... **Υπογραφή:** ..... **Αρ. Δ.Τ.:** .....

Ονοματεπώνυμο γονέα/κηδεμόνα: ..... **Υπογραφή:** ..... **Αρ. Δ.Τ.:** .....

Εγώ ο/η ανώτερα υπογεγραμμένος/η δηλώνω ότι ασκώ αποκλειστικά/από κοινού τη γονική μέριμνα του ανήλικου ..... **με αριθμό ταυτότητας** ..... **και διά της παρούσης δηλώνω/ουμε ότι συγκατατίθεμαι/τιθόμαστε και επιτρέπω/πουμε στην έκδοση του Δελτίου Υγείας του/της εν λόγω ανηλίκου σύμφωνα με τον Περί Κυπριακού Οργανισμού Αθλητισμού Νόμο του 1969 (Να προσκομιστεί Διάταγμα Δικαστηρίου και / ή σχετική βεβαίωση).**

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

Σημ: Συστήνεται όπως η παρούσα αίτηση υποβληθεί έγκαιρα στο Τμήμα Δελτίων Υγείας. Αιτήσεις οι οποίες δεν είναι πλήρως συμπληρωμένες και υπογεγραμμένες και/ή δεν συνοδεύονται από τις απαραίτητες ιατρικές & παρακλινικές εξετάσεις καθώς επίσης και τις απαραίτητες βεβαιώσεις/πιστοποιητικά δεν θα παραλαμβάνονται και θα επιστρέφονται στον αιτητή.

https://cyprussports.org/gr/