

**ΠΡΑΞΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ**

Επώνυμο.....
Όνομα.....
Όνομα Πατέρα..... Όνομα Μητέρας.....
Τόπος γέννησης Έτος γέννησης.....
Τόπος κατοικίας..... Οδός.....
Αριθμός Τ.Κ.....
Αρ. Αστ. Ταυτότητας..... Ημερ. Εκδ.....
Τηλέφωνο Email.....
Ιδιότητα
Κηδεμόνας Ανηλίκου
ΕπώνυμοΌνομα
Αρ. Αστ. Ταυτότητας..... Ημερ. Εκδ.....

Η ΕΠΟ και η ΕΠΣ συλλέγουν και χρησιμοποιούν κάθε πράξη ή σειρά πράξεων που πραγματοποιείται με ή χωρίς τη χρήση αυτοματοποιημένων μέσων, σε δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα ή σε σύνολα δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, όπως η συλλογή, η καταχώριση, η οργάνωση, η διάρθρωση, η αποθήκευση, η προσαρμογή ή η μεταβολή, η ανάκτηση, η αναζήτηση πληροφοριών, η χρήση, η κοινολόγηση με διαβίβαση, η διάδοση ή κάθε άλλη μορφή διάθεσης, η συσχέτιση ή ο συνδυασμός, ο περιορισμός, η διαγραφή ή η καταστροφή για την παροχή υπηρεσιών προς εσάς.

Χρησιμοποιούν τα προσωπικά δεδομένα που λαμβάνουν προκειμένου:

- Να σας παρέχουν υπηρεσίες και να ανταποκρίνονται στα αιτήματά σας ή τρίτων σχετικά με το αντικείμενο στο οποίο αναφέρονται.
- Να επικοινωνούν μαζί σας, εφόσον έχουν εξασφαλίσει τη ρητή συγκατάθεσή σας για αυτόν τον σκοπό, σχετικά με τις υπηρεσίες και να σας στέλνουν ειδοποιήσεις απευθείας ή μέσω τρίτων.
- Να σας επιτρέπουν να χρησιμοποιείτε συγκεκριμένες εφαρμογές και υπηρεσίες τρίτων.
- Να απαντούν στα αιτήματα και στα ερωτήματά σας ή σε τρίτους κατόπιν εξουσιοδότησεως.
- Να συμμορφώνονται και να επιβάλλουν τις ισχύουσες νομικές απαιτήσεις.

Η ΕΠΟ και η ΕΠΣ θα επεξεργάζονται τα προσωπικά δεδομένα μέσω του προσωπικού τους και με τρίτους παρόχους υπηρεσιών (ομοσπονδίες, ενώσεις κλπ) που βρίσκονται εντός και εκτός της Ε.Ε., ορισμένοι και σε χώρες που ενδέχεται να μην παρέχουν το ίδιο επίπεδο προστασίας.

Η ΕΠΟ σας ενημερώνει για το δικαίωμα ανάκλησης/εναντίωσης/διόρθωσης των προσωπικών δεδομένων του υποκειμένου, οποιαδήποτε στιγμή.

ΑΠΟΔΕΧΟΜΑΙ

ΔΕΝ ΑΠΟΔΕΧΟΜΑΙ

Ημερομηνία/...../

Υπογραφή



ΦΥΛΛΟ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ ΑΘΛΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ
ΙΑΤΡΙΚΟ ΑΠΟΡΡΗΤΟ

ΕΠΩΝΥΜΟ: _____ ΟΝΟΜΑ: _____

ΦΥΛΟ: Α Θ ΗΛΙΚΙΑ: _____ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: _____

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΡΟΠΟΝΗΤΗ: _____ ΚΙΝΗΤΟ: _____

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ: _____ ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ (ΣΕ ΑΝΗΛΙΚΟ): _____

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΓΟΝΕΩΝ (ΣΕ ΑΝΗΛΙΚΟ): _____

ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΟΙΚΙΑΣ ΓΟΝΕΩΝ (ΣΕ ΑΝΗΛΙΚΟ): _____ ΚΙΝΗΤΟ: _____

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΘΛΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ:

ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΟΙΚΙΑΣ ΑΘΛΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ: _____ ΚΙΝΗΤΟ: _____

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΙΑΤΡΟΥ ΟΜΑΔΑΣ (ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΥ ΣΕ ΑΝΗΛΙΚΟ <14 ΕΤΩΝ) :

ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΙΑΤΡΟΥ ΟΜΑΔΑΣ (Η ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΥ) : _____ ΚΙΝΗΤΟ: _____

ΟΝΟΜΑ ΚΑΙ ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΟΥ: _____

ΣΩΜΑΤΟΜΕΤΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΥΨΟΣ (cm): _____ ΒΑΡΟΣ (Kg): _____ ΒΜΙ: _____

ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ (ΚΥΚΛΩΣΤΕ ΤΗΝ ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΠΟΥ ΣΑΣ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΕΥΕΙ)

1. **Είχατε πρόσφατα νοσηλευτεί για CoVID-19;**
A. ΟΧΙ
B. ΝΑΙ (Αναφέρατε Νοσοκομείο και Ημερομηνίες) _____

2. **Είχατε κάνει για οποιοδήποτε λόγο τεστ PCR (ρινικό ή φαρυγγικό επίχρισμα) για CoVID-19;**
A. ΟΧΙ
B. ΝΑΙ ΗΤΑΝ ΑΡΝΗΤΙΚΟ (ΗΜΕΡΟΜ) _____
Γ. ΝΑΙ ΗΤΑΝ ΘΕΤΙΚΟ ΧΩΡΙΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΜΕΙΝΑ ΣΠΙΤΙ (ΗΜΕΡΟΜ) _____
3. **Είχατε κάνει για οποιοδήποτε λόγο τεστ αντισωμάτων για CoVID-19;**
A. ΟΧΙ
B. ΝΑΙ ΗΤΑΝ ΑΡΝΗΤΙΚΟ (ΗΜΕΡΟΜ) _____
Γ. ΝΑΙ ΗΤΑΝ ΘΕΤΙΚΟ ΧΩΡΙΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΜΕΙΝΑ ΣΠΙΤΙ (ΗΜΕΡΟΜ) _____
4. **Είχε κάποιο άτομο του στενού περιβάλλοντος σας πρόσφατα νοσήσει από CoVID-19;**
A. ΟΧΙ
B. ΝΑΙ (Αναφέρατε Νοσοκομείο και Ημερομηνίες) _____

5. **Ταξιδέψατε τις τελευταίες 20 μέρες στο εξωτερικό;**
A. ΟΧΙ
B. ΝΑΙ (Σε ποιες χώρες) _____

6. **Είχατε πρόσφατα (τελευταίες 6 εβδομάδες) κάποιο εμπύρετο νόσημα;**
A. ΟΧΙ
B. ΝΑΙ (Αναλύστε) _____

7. **Έχετε αίσθημα εύκολης κόπωσης, ξηρό βήχα ή δύσπνοια τις τελευταίες 6 εβδομάδες;**
A. ΟΧΙ
B. ΝΑΙ (Αναλύστε) _____

8. **Είστε καπνιστής/καπνίστρια;**
A. ΟΧΙ
B. ΝΑΙ (μέσος αριθμός τσιγάρων ανά ημέρα: _____)

9. Κάνετε άσκηση στο σπίτι στη διάρκεια της πανδημίας του κορωνοϊού;
- A. ΟΧΙ ΚΑΘΟΛΟΥ
- B. ΣΤΑΤΙΚΟ ΠΟΔΗΛΑΤΟ ΚΑΙ/Η ΤΡΕΞΙΜΟ ΚΑΙ ΟΡΙΣΜΕΝΕΣ ΑΣΚΗΣΕΙΣ
- Γ. ΠΛΗΡΕΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΥΝΤΗΡΗΣΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ
10. Είχατε ενοχλήσεις κατά τη διάρκεια της άσκησης (ταχυκαρδία, ζάλη, δύσπνοια);
- A. ΟΧΙ
- B. ΝΑΙ (Αναλύστε) _____
- _____
11. Έχετε λιποθυμήσει ποτέ στην άσκηση ή μετά από αυτή;
- A. ΟΧΙ
- B. ΝΑΙ (Αναλύστε) _____
- _____
12. Έχετε κάποια χρόνια νόσημα (όπως σακχαρώδης διαβήτης ή άσθμα);
- A. ΟΧΙ
- B. ΝΑΙ (Αναλύστε) _____
- _____
13. Παίρνετε αυτή την περίοδο κάποια φάρμακα;
- A. ΟΧΙ
- B. ΝΑΙ (Αναλύστε) _____
- _____
14. Έχετε αλλεργία σε ουσίες, φαγητό ή φάρμακα;
- A. ΟΧΙ
- B. ΝΑΙ (Αναλύστε) _____
- _____
15. Είχατε ποτέ παλαιότερα πόνο στο στήθος ή δυσφορία στο στέρνο κατά την άσκηση;
- A. ΟΧΙ
- B. ΝΑΙ (Αναλύστε) _____
- _____
16. Είχατε ποτέ παλαιότερα ταχυκαρδία (έντονη) ή αρρυθμία (άρρυθμο σφυγμό) κατά την άσκηση;
- A. ΟΧΙ
- B. ΝΑΙ (Αναλύστε) _____
- _____

17. Σας έχει ενημερώσει ποτέ ιατρός ότι έχετε ένα από τα ακόλουθα;
- A. Υψηλή αρτηριακή πίεση
 - B. «Φύσημα» στην καρδιά
 - Γ. Υψηλή χοληστερίνη
 - Δ. Φλεγμονή στην καρδιά (περικαρδίτιδα, μυοκαρδίτιδα)
18. Έχετε κάνει πρόσφατα καρδιολογικές εξετάσεις (π.χ. καρδιογράφημα ή triplex);
- A. Εντός των τελευταίων 12 μηνών
 - B. Εντός των τελευταίων 2 ετών
 - Γ. Έχω να κάνω εξέταση πάνω από δύο έτη
19. Υπάρχει κάποιος στην οικογένειά σας που υπέστη αιφνίδιο θάνατο;
- A. ΟΧΙ
 - B. ΝΑΙ (Αναλύστε) _____

20. Υπάρχει κάποιος στην οικογένειά σας που έχει κάποιο ιατρικό πρόβλημα;
- A. ΟΧΙ
 - B. ΝΑΙ (Αναλύστε) _____

21. Υπάρχει κάποιος στην οικογένειά σας που πέθανε πριν την ηλικία των 50 ετών;
- A. ΟΧΙ
 - B. ΝΑΙ (Αναλύστε) _____

22. Υπάρχει κανείς στην οικογένειά σας με σύνδρομο Marfan (αραχνοδακτυλία);
- A. ΟΧΙ
 - B. ΝΑΙ (Αναλύστε) _____

23. Νοσηλευτήκατε ποτέ σε νοσοκομείο;
- A. ΟΧΙ
 - B. ΝΑΙ (Αναλύστε) _____

24. Είχατε ποτέ κάνει επέμβαση;
- A. ΟΧΙ
 - B. ΝΑΙ (Αναλύστε) _____

25. Είχατε ποτέ στο παρελθόν τραυματιστεί στα μαλακά μέρια (συνδεσμικές κακώσεις, τενοντίτιδα, θλάση) με αποτέλεσμα να χάσετε προπονήσεις ή αγώνα;

A. ΟΧΙ

B. ΝΑΙ (Αναλύστε) _____

26. Έχετε κάτι άλλο να προσθέσετε;

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΑΘΛΗΤΗ (Η ΚΗΔΕΜΟΝΑ ΣΕ ΑΝΗΛΙΚΟ)

Ο κάτωθι υπογεγραμμένος αθλητής (ή κηδεμόνας αυτού) δηλώνουμε υπεύθυνα ότι τα ανωτέρω στοιχεία είναι αληθή.

Κατανοούμε ότι η συλλογή αυτών των πληροφοριών γίνεται για καθαρά ιατρικούς σκοπούς και ότι λεπτομέρειες της υγείας του αθλητή δεν θα περιέλθουν σε τρίτα πρόσωπα.

Κατανοούμε επίσης ότι το Ιατρικό Επιτελείο μπορεί να προτείνει την προσωρινή ή και οριστική απομάκρυνση του αθλητή από τις αθλητικές δραστηριότητες εφόσον κριθεί ότι αυτή μπορεί να επιδεινώσει κάποιο πρόβλημα υγείας ή ακόμη και να θέσει σε κίνδυνο τη ζωή τη δική του ή άλλων.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ _____

Ο ΑΘΛΗΤΗΣ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ _____ ΥΠΟΓΡΑΦΗ _____

Ο ΚΗΔΕΜΟΝΑΣ (ΣΕ ΑΝΗΛΙΚΟ ΑΘΛΗΤΗ)

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ _____ ΥΠΟΓΡΑΦΗ _____