

# VIZIVÁNDOR TÁBOR

## EGÉSZSÉGÜGYI ADATLAP

Minden, túrán résztvevő számára kötelező kitölteni !  
Kérjük a hiánytalan, olvasható, egészségügyi állapot szerinti nagyon pontos kitöltést !  
Hiányos, vagy pontatlan kitöltésből származó elsősegélynyújtás segítség tévesztésből vagy segítség elhúzódo idejéből eredő egészségkárosodásért, felelősséget vállalni nem tudnak a túravezetők !

### TÚRA ADATAI

TÚRAÚTVONAL MEGNEVEZÉSE	
TÚRA IDŐPONTJA	2021. .... hó ..... naptól -- ..... hó ..... napig

### TÚRÁN RÉSZTVEVŐ SZEMÉLYI ADATAI

TÚRÁN RÉSZTVEVŐ NEVE	
SZÜLETÉSI HELY, IDŐ	
ANYJA NEVE	
TAJ SZÁM	
LAKCÍM	
RÉSZTVEVŐ TEL.SZÁMA	
RÉSZTVEVŐ EMAIL CÍME	
HOZZÁTARTOZÓ NEVE	
HOZZÁTARTOZÓ TEL.SZÁMA	
EGYÉB ADAT	

### EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT

Ismert krónikus betegsége?	Nincs <input type="checkbox"/> . Van <input type="checkbox"/> szívbetegség <input type="checkbox"/> (.....), vérnyomás-betegség <input type="checkbox"/> , tüdőbetegség <input type="checkbox"/> (.....), cukorbetegség - inzulinos <input type="checkbox"/> vagy nem inzulinos <input type="checkbox"/> , emésztési betegség <input type="checkbox"/> (.....), egyéb <input type="checkbox"/> ..... .....
Roszcullét esetén mik a panaszai?	..... .....
Hogyan kezdődnek a panaszok?	..... .....
Állandó gyógyszereket szed ?	Nem <input type="checkbox"/> . Igen <input type="checkbox"/> - mikor, mit szed, mennyit, hogyan?: ..... .....
Folyamatban lévő terápiás kezelése vagy kivizsgálása van ?	Nincs <input type="checkbox"/> . Van <input type="checkbox"/> - milyen kezelés / kivizsgálás ? ..... .....



<b>Alkalmankénti gyógyszereket szed ?</b>	<b>Nem</b> <input type="checkbox"/> , <b>Igen</b> <input type="checkbox"/> - mire, mikor mit? ..... .....
<b>Állandó gyógyszereit hozza magával !!!</b>	<b>Igen</b> <input type="checkbox"/> - mit, mennyit, mennyi időre? ..... .....
<b>Gyógyszer-érzékenysége van?</b>	<b>Nincs</b> <input type="checkbox"/> , <b>Van</b> <input type="checkbox"/> - mire ? ..... .....
<b>Allergiája -bármire-van ?</b> étel, glutén, laktóz, növények, vegyi anyagok, rovarcsípés, .....	<b>Nincs</b> <input type="checkbox"/> , <b>Van</b> <input type="checkbox"/> - mire, milyen mértékű, milyen gyógyszere van rá? ..... .....
<b>1 éven belül kórházi kezelése, műtétje, ambuláns kezelése volt?</b>	<b>Nem</b> <input type="checkbox"/> , <b>Igen</b> <input type="checkbox"/> - mikor, milyen beavatkozása volt, hogyan gyógyult, utólagos orvosi terápia jelenleg van?: ..... .....
<b>Fogyatékosága van?</b>	<b>Nincs</b> <input type="checkbox"/> , <b>Van</b> <input type="checkbox"/> - mi? járászavar <input type="checkbox"/> , deformált végtag <input type="checkbox"/> , mozgásakadályozottság <input type="checkbox"/> érezszavar <input type="checkbox"/> , látászavar <input type="checkbox"/> , beszédzavar <input type="checkbox"/> , hallászavar <input type="checkbox"/> ..... .....
<b>Gyógyászati segédeszközt használ?</b> szemüveg, kontaktlencse, hallókészülék, .....	<b>Nem</b> <input type="checkbox"/> , <b>Igen</b> <input type="checkbox"/> - mikor, mit ? ..... .....
<b>Fogamzó képes lányok / nők esetén</b>	<b>menstruáció</b> rendszeres <input type="checkbox"/> , nem rendszeres <input type="checkbox"/> , milyen rosszullet kíséri ..... mit tesz rosszullet esetén ..... <b>terhesség</b> nincs <input type="checkbox"/> , van <input type="checkbox"/> - hányadik hétben? .....
<b>EGYÉB FONTOS INFORMÁCIÓ:</b> egyéb egészségi állapot, jellemző, ... stb	<b>Nem</b> <input type="checkbox"/> , <b>Igen</b> <input type="checkbox"/> - mi? ..... ..... ..... .....
A túra megkezdése előtt a túrán résztvevő 14 napon belül nem találkozott COVID gyanús beteggel. A túra megkezdése előtt a túrán résztvevőnek öt napon belül nem volt nehézlégzése, száraz köhögése, 38°C feletti láza.	

NYILATKOZAT

Alulírott, büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy az adatlapon szereplő adatok a valóságnak megfelelnek. Elfogadom és hozzájárulok ahhoz, hogy a Magyar Kajak Kenu Szövetség - az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény értelmében – vizitúra táborhoz tartozó egészségügyi biztosítás céljából, a fentiekben önként megadott személyes adatokat rögzítse; az egészségügyi adatbázisban nyilvántartsa; azokat az elsősegélynyújtás ellátást biztosító személyek megismerjék és kezeljék, valamint továbbítsák kizárólag jogszabály által meghatározott adattartalmú adatszolgáltatási kötelezettség céljából.

Kelt, ....., 2021. ....

túrán részt vevő neve és aláírása

szülő, gondviselő neve és aláírása



INTER-AMBULANCE Egészségügyi Szolgáltató Zrt.  
székhely: 1145 Budapest, Thököly út 165. 1/5.  
☎ 1131 Budapest, Topolya utca 4-8.  
🌐 www.interambulance.hu  
✉ oktatás@interambulance.hu  
☎ 36-1-799-5110 ; ☎ 36-30-233-0643

