



ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ 2025

Κοινότητα:.....

Ομάδα:.....

Επίθετο:		Όνομα:			
Όνομα πατέρα:		Όνομα μητέρας:			
Ηλικία:		Ομάδα αίματος:		Βάρος:	
1.1: Έχει εμβολιαστεί πλήρως για τα συνήθη προβλεπόμενα λοιμώδη νοσήματα, όπως ενδεικτικά ιλαρά, ερυθρά, τέτανος κτλ;				Ναι	Όχι
1.2: Αν όχι, ποια εμβόλια υπολείπονται:					
2.1: Υποφέρει από κάποιο νόσημα (όπως ενδεικτικά άσθμα, σακχαρώδη διαβήτη, μεσογειακή αναιμία, καρδιακά νοσήματα, σπαστική βρογχίτιδα, έλλειψη ενζύμου g6pd, επιληπτική συνδρομή, διαβήτης κτλ);				Ναι	Όχι
2.2: Αν ναι, ποιο:					
3.1: Παρουσιάζει αλλεργία σε κάποια τροφή, φάρμακο, ζώο, περιβάλλον, σκόνη ή σε κάτι άλλο;;				Ναι	Όχι
3.2: Αν ναι, τι είδους αλλεργία και σε τι ακριβώς;					
4.1: Έχει περάσει κάποια σημαντική ασθένεια;				Ναι	Όχι
4.2: Αν ναι, ποια και πότε;					
5.1: Παρουσιάζει κάποιο πρόβλημα ψυχολογικής αιτιολογίας (νυχτερινή ενούρηση, υπνοβασία, ονυχοφαγία κτλ);				Ναι	Όχι
5.2: Αν ναι, ποιο και πόσο συχνά;					
6.1: Λαμβάνει επί του παρόντος φαρμακευτική αγωγή;				Ναι	Όχι
6.2: Αν ναι για ποια και μέχρι πότε;					
7.1: Εμφανίζει κάποια αναπτυξιακή διαταραχή, όπως ενδεικτικά Σύνδρομο Asperger, Σύνδρομο Tourette, Φάσμα Αυτισμού, Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) κτλ;				Ναι	Όχι
7.2: Αν ναι τότε ποια?					
7.3: Εάν ναι, υπάρχει διάγνωση ιατρού;	Ναι	Όχι	Από πότε;		
8.1: Παρακολουθείται από ειδικό ιατρό;				Ναι	Όχι
8.2: Αν ναι πόσο τακτικά;					
9.1: Θα θέλατε να επιστήσετε την προσοχή μας σε κάτι άλλο που αφορά την υγεία του παιδιού σας ή τη συμπεριφορά του;				Ναι	Όχι
9.2: Αν ναι τότε τι ακριβώς;					
10.1: Ανήκει σε ομάδα υψηλού κινδύνου;				Ναι	Όχι
10.2: Αν ναι, γιατί;					
11.1: Εμφανίζει το παιδί κάποιο υποκείμενο νόσημα (π.χ. αναπνευστικό/καρδιαγγειακό);				Ναι	Όχι
11.2: Αν ναι τότε τι ακριβώς;					

→ Σε περίπτωση ψυχιατρικής γνωμάτευσης, προηγηθείσας νοσηλείας ή άλλων δυσκολιών, παρακαλώ επικοινωνήστε με την κατασκήνωση πριν την άφιξη του παιδιού.

→ Τα φάρμακα (ακόμα και τα παραϊατρικά σκευάσματα) παραδίδονται αποκλειστικά και μόνο στον Ιατρό της Κατασκήνωσης "The Ranch" από τους ίδιους τους γονείς/κηδεμόνες των κατασκηνωτών/τριων και παραμένουν φυλαγμένα στο Ιατρείο της Κατασκήνωσης μέχρι την αποχώρηση του παιδιού από αυτή. Οι γονείς/κηδεμόνες αναλαμβάνουν με δική τους αποκλειστική ευθύνη να ενημερώσουν τον Ιατρό της Κατασκήνωσης προσηκόντως για την αιτία λήψης της φαρμακευτικής αγωγής, τη συνιστώμενη δοσολογία της και να του γνωστοποιήσουν το όνομα του ιατρού που συνέστησε την αγωγή, προσκομίζοντας το συνταγολόγιο που φέρει τη σφραγίδα και υπογραφή αυτού, καθώς και το τηλέφωνο επικοινωνίας του. Απαγορεύεται ρητώς να φέρουν οι κατασκηνωτές /τριες στις αποσκευές τους κατά τη διάρκεια παραμονής τους στην Κατασκήνωση οιοδήποτε φάρμακο ή παραϊατρικό σκεύασμα.

→ **Δηλώνω υπεύθυνα** ότι το παρόν ενημερωτικό δελτίο/ιατρικό ιστορικό περιλαμβάνει το πλήρες και αληθές ιατρικό ιστορικό του παιδιού μου, καθώς και ότι μέχρι σήμερα ουδέν άλλο πρόβλημα υγείας ή αλλεργίας έχει παρουσιάσει, σύμφωνα με τις σχετικές ιατρικές βεβαιώσεις.

→ **Συναινώ** στη διακομιδή του παιδιού μου σε Νοσοκομείο ή Κέντρο Υγείας, εφόσον τούτο κριθεί απαραίτητο από τον Ιατρό της κατασκήνωσης "The Ranch".

→ **Συναινώ** στη χορήγηση από τον ιατρό της Κατασκήνωσης οποιασδήποτε φαρμακευτικής αγωγής κριθεί απαραίτητη αποκλειστικά από αυτόν, εφόσον προκύψει έκτακτο περιστατικό για να αποτραπεί κίνδυνος ζωής ή σοβαρής βλάβης της υγείας του κατασκηνωτή/της κατασκηνώτριας. Σε κάθε περίπτωση, η Κατασκήνωση δύναται να προβεί **χωρίς προηγούμενη συγκατάθεση** των γονέων/ κηδεμόνων σε οποιαδήποτε αναγκαία ιατρική πράξη σε επείγουσες περιπτώσεις, που απαιτούν την άμεση παροχή ιατρικής φροντίδας και την άμεση παρέμβαση, προκειμένου να αποτραπεί ο κίνδυνος για τη ζωή ή την υγεία του κατασκηνωτή/της κατασκηνώτριας (π.χ. αλλεργικό σοκ, επιληπτική κρίση, πρώτες βοήθειες). Τυχόν **προφορική σύσταση του γονέα/κηδεμόνα** περί της χορήγησης οιοδήποτε **φαρμάκου, παραϊατρικού σκευάσματος ή αλοιφής** δεν θα λαμβάνεται υπόψη, παρά **μόνο** αν η εν λόγω χορηγηθεί **εγγράφως και** συνοδεύεται από **σύσταση ιατρού**.

→ Σε περίπτωση που οι γονείς/ κηδεμόνες έχουν αποκρύψει κατά την εγγραφή, την ύπαρξη σοβαρού ιατρικού προβλήματος ή ψυχικής ασθένειας του παιδιού ή δεν έχουν προσκομίσει εγκαίρως όλα τα απαραίτητα έγγραφα για την εγγραφή του παιδιού (ιατρικό ιστορικό με υπογραφή από τον παιδίατρο για τον πλήρη εμβολιασμό και την συμμετοχή στις αθλοπαιδιές, γνωματεύσεις και συνταγολόγιο, μαζί με το σχετικό έγγραφο συγκατάθεσης επεξεργασίας αυτών των δεδομένων) ή όταν κατά τους κανόνες της κοινής λογικής, η παραμονή του παιδιού δημιουργεί προβλήματα στην ομαλή λειτουργία της Κατασκήνωσης και στους άλλους κατασκηνωτές (πχ. άρνηση γονέων χρήσης αντιφθειρικού προϊόντος, εάν διαπιστωθούν ψείρες ή κόνιδες), μπορεί να ακολουθηθεί η διαδικασία που προβλέπει ο Κανονισμός περί απομάκρυνσης του/της ανηλίκου από την Κατασκήνωση, για λόγους προστασίας της υγείας και της ασφάλειάς του/της, καθώς και για λόγους ασφάλειας της κατασκηνωτικής κοινότητας και της δημόσιας υγείας.

Στοιχεία Επικοινωνίας Γονέα/ Κηδεμόνα

Ονοματεπώνυμο Γονέα/ Κηδεμόνα: _____

Α.Δ.Τ./ Διαβατήριο: _____

Διεύθυνση: _____

Τηλέφωνο Επικοινωνίας: _____ Email: _____

ΥΠΟΓΡΑΦΗ (& ολογράφως): _____ **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:** _____

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΚΑΙ ΑΠΛΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Υπεύθυνος Επεξεργασίας:

“THE RANCH” - ΚΥΡΙΑΚΟΣ ΣΚΟΥΡΑΣ ΕΜΠΟΡΙΚΗ ΤΟΥΡΙΣΤΙΚΗ Α.Ε.

Διεύθυνση: Ακτή Μιαούλη αρ. 7 - 9, Πειραιάς – Υποκατάστημα Σοφικό Κορινθίας

Τηλέφωνο Επικοινωνίας: 210 4100121

Email: info@ranch.gr

ΤΟΜΕΑΣ Α: ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΕΥΑΙΣΘΗΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΑΝΗΛΙΚΟΥ

1. Είδος Δεδομένων που Συλλέγονται:

- Ιστορικό αλλεργιών.
- Χρόνιες παθήσεις και ειδικές ιατρικές ανάγκες.
- Φαρμακευτικές αγωγές σε εξέλιξη.
- Πληροφορίες σχετικές με νοσηλείες ή άλλες σοβαρές ιατρικές καταστάσεις.
- Ιατρικές Γνωματεύσεις και Συνταγολόγιο.
- Όσα άλλα καταγράφονται στο Ιατρικό Ιστορικό, στο Βιβλίο Ιατρείου, στο Έντυπο Αναρρωτηρίου, στο Ημερολόγιο Παρακολούθησης Φαρμάκων ή ανακοινώνονται προφορικά στο ιατρικό προσωπικό.

2. Σκοπός της Επεξεργασίας:

Η συλλογή και επεξεργασία των ιατρικών δεδομένων του/της ανήλικου/ης πραγματοποιείται αποκλειστικά και μόνο για:

- Την προστασία της υγείας και της ασφάλειας του/της κατά τη διάρκεια της παραμονής στην Κατασκήνωση.
- Τη δυνατότητα έγκαιρης και κατάλληλης ιατρικής παρέμβασης σε περίπτωση ανάγκης.
- Την προάσπιση της δημόσιας υγείας και της υγείας των λοιπών ανηλίκων κατασκηνωτών.

3. Νομική Βάση Επεξεργασίας (άρθ. 9 ΓΚΠΔ):

Η επεξεργασία είναι **απολύτως αναγκαία** για την εκτέλεση της παροχής φιλοξενίας και φροντίδας στην Κατασκήνωση και βασίζεται στη:

- Ρητή συγκατάθεσή σας (άρθρο 9 παρ. 2 περ. α’).
- Προστασία ζωτικών συμφερόντων του παιδιού (άρθρο 9 παρ. 2 περ. γ’).
- Παροχή υπηρεσιών υγείας και ιατρικής περίθαλψης (άρθρο 9 παρ. 2 περ. η’).

5. Διαβίβαση σε Τρίτους Φορείς:

Η Κατασκήνωση ενδέχεται να διαβιβάσει τα απολύτως αναγκαία ιατρικά δεδομένα σε:

- Δημόσια ή ιδιωτικά νοσοκομεία
- Κέντρα Υγείας
- Συνεργαζόμενους εξωτερικούς ιατρούς και υγειονομικούς φορείς, αποκλειστικά για λόγους ιατρικής διάγνωσης, θεραπείας και περίθαλψης.

6. Δικαιώματα Γονέων/Κηδεμόνων :

- Ανάκληση συγκατάθεσης οποτεδήποτε.
- Πρόσβαση, διόρθωση ή διαγραφή δεδομένων.
- Περιορισμός ή εναντίωση στην επεξεργασία.

Τα δικαιώματα μπορείτε να τα ασκήσετε επικοινωνώντας με τον Υπεύθυνο Επεξεργασίας. Έχετε επίσης το δικαίωμα υποβολής καταγγελίας στην ΑΠΔΠΧ.

ΠΡΟΣΟΧΗ:

Η ανάκληση της συγκατάθεσης ή η άρνηση παροχής των απαραίτητων ιατρικών πληροφοριών ενδέχεται να καθιστά αδύνατη τη συμμετοχή ή συνέχιση της συμμετοχής του παιδιού στην Κατασκήνωση, για λόγους προστασίας της υγείας του ίδιου, των λοιπών παιδιών και της δημόσιας υγείας, καθώς η επεξεργασία τους είναι **απολύτως αναγκαία** για την εκτέλεση της παροχής φιλοξενίας και φροντίδας σε μία Κατασκήνωση.

7. Διάρκεια Διατήρησης:

Τα δεδομένα υγείας διατηρούνται καθ’ όλη τη διάρκεια που επιβάλει ο σκοπός επεξεργασίας τους, και μετά το πέρας αυτής για το απολύτως αναγκαίο χρονικό διάστημα για την τήρηση νομικών (φορολογικών, εκ της ιατρικής δεοντολογίας κ.λπ.) υποχρεώσεων (άρθ. 17 παρ. 3 β’ ΓΚΠΔ) [πχ. 10 έτη για τον ΑΜΚΑ ή σε περίπτωση καταγεγραμμένου ιατρικού περιστατικού (άρθ. 14 ΚΙΔ – Ν. 3418/2005)], ή για όσο χρόνο απαιτείται για την προάσπιση δικαιωμάτων και υποστήριξης νομικών αξιώσεων του «The Ranch» (άρθ. 17 παρ. 3 ε’ ΓΚΠΔ), και στη συνέχεια διαγράφονται με ασφαλή τρόπο.

ΤΟΜΕΑΣ Β: ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΑΠΛΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΓΟΝΕΑ/ΚΗΔΕΜΟΝΑ

8. Είδος Επεξεργασίας:

Η Κατασκήνωση, στο πλαίσιο ενημέρωσης του The Ranch για την ιατρική κατάσταση του κατασκηνωτή/κατασκηνώτριας, συλλέγει και επεξεργάζεται απλά προσωπικά δεδομένα του υπογράφοντος γονέα/κηδεμόνα, όπως:

- Ονοματεπώνυμο.
- Στοιχεία επικοινωνίας (τηλέφωνο, email, διεύθυνση).
- Αριθμό Δελτίου Ταυτότητας ή Διαβατηρίου.

9. Σκοποί της επεξεργασίας:

Η επεξεργασία των παραπάνω στοιχείων είναι απαραίτητη για:

- Την επικοινωνία της Κατασκήνωσης με τους γονείς/κηδεμόνες για ζητήματα υγείας των παιδιών.
- Την προστασία της σωματικής υγείας των κατασκηνωτών.
- Την εύρυθμη και ομαλή διαμονή των κατασκηνωτών στο χώρο της Κατασκήνωσης κατά τη συμμετοχή τους στην κατασκηνωτική περίοδο.

10. Νομική Βάση Επεξεργασίας (άρθ. 6 ΓΚΠΔ):

- Ρητή συγκατάθεσή σας (άρθρο 6 παρ. 1 περ. α’).
- Η εκτέλεση σύμβασης φιλοξενίας και φροντίδας του ανηλίκου τέκνου σας στην Κατασκήνωση (άρθρο 6 παρ. 1 περ. β’).
- Η προστασία ζωτικών συμφερόντων σας και του τέκνου σας (άρθρο 6 παρ. 1 περ. δ’).
- Η ικανοποίηση εννόμων συμφερόντων του The Ranch ή τρίτου (άρθρο 6 παρ. 1 περ. στ’).

10. Δικαιώματα Υποκειμένου:

- Ανάκληση συγκατάθεσης οποτεδήποτε.
- Πρόσβαση, διόρθωση ή διαγραφή των δεδομένων.
- Περιορισμός ή εναντίωση στην επεξεργασία.

Τα δικαιώματα μπορείτε να τα ασκήσετε επικοινωνώντας με τον Υπεύθυνο Επεξεργασίας. Έχετε επίσης το δικαίωμα υποβολής καταγγελίας στην ΑΠΔΠΧ.

11. Διάρκεια Διατήρησης:

Τα απλά δεδομένα του γονέα/κηδεμόνα που στηρίζονται στη συγκατάθεσή σας τηρούνται μέχρι την ανάκλησή της, όχι πάντως πέρα από τα δέκα (10) έτη από τη λήξη της κατασκηνωτικής περιόδου, ή για όσο χρόνο απαιτείται για την προάσπιση δικαιωμάτων και υποστήριξης νομικών αξιώσεων του «The Ranch» (άρθ. 17 παρ. 3 ε’ ΓΚΠΔ), και στη συνέχεια διαγράφονται με ασφαλή τρόπο.

12. ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Παρακαλούμε, συμπληρώστε με ✓ εφόσον συναινείτε:

Για Ιατρικά Δεδομένα του Ανήλικου:

- ☐ Έλαβα πλήρη ενημέρωση για την επεξεργασία των ιατρικών δεδομένων του/της ανηλίκου.
- ☐ Παρέχω τη ρητή συγκατάθεσή μου για τη συλλογή, επεξεργασία και διαβίβαση των σχετικών δεδομένων, σύμφωνα με τα παραπάνω.
- ☐ Αναγνωρίζω ότι η μη παροχή ή ανάκληση της συγκατάθεσης ενδέχεται να οδηγήσει στον αποκλεισμό ή τη διακοπή συμμετοχής του παιδιού, διότι η επεξεργασία των ιατρικών δεδομένων είναι **απολύτως αναγκαία** για την ασφαλή παροχή της υπηρεσίας εκ μέρους του The Ranch.

Για Απλά Προσωπικά Δεδομένα του Υπογράφοντος:

- ☐ Έλαβα πλήρη ενημέρωση για την επεξεργασία των απλών προσωπικών μου δεδομένων ως γονέα/κηδεμόνα.
- ☐ Παρέχω τη συγκατάθεσή μου για τη συλλογή και επεξεργασία των στοιχείων μου για τους προαναφερόμενους σκοπούς.

ΟΝΟΜΑ ΓΟΝΕΑ/ΚΗΔΕΜΟΝΑ:

ΥΠΟΓΡΑΦΗ (& ολογράφως):

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:

✉ Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την **Πολιτική Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων** της Κατασκήνωσης, μπορείτε να επικοινωνήσετε στο email info@ranch.gr ή να επισκεφθείτε τον ιστότοπο www.ranch.gr.