##

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Description: Description: Barretstown_SeriousFun_Email-Footer |  |  |
| **ORVOSI VIZSGÁLATI NYOMTATVÁNY** | **WL ACC** |

#### Tájékoztatásul: ennek a jelentkezési lapnak a kitöltése nem garantálja, hogy a gyermeke kiválasztásra kerül a táborba. Kérem nyomtatott betűkkel, angolul töltse ki a nyomtatványt.

#### Kérem juttassa el a *European Family Liaison Department, Barretstown Castle, Ballymore Eustace, Co. Kildare, Ireland* címre

**A KITÖLTÉS AZ ALÁÍRÁSTÓL SZÁMÍTOTT EGY ÉVIG ÉRVÉNYES**

|  |
| --- |
| SZEMÉLYES ADATOK  |
|  |
| Családi név:  MALE / FEMALEKeresztnév: Nem:DD/MM/YYYYSzületési dátum: Életkor:  |
|  |
| Szülő/Gondviselő neve:  |
|  |
| Lakcím: Mobile tel.: Mobil tel.: Email:  |
| Tábortípus, ahová jelentkezik:  Tavaszi családi Nyári tábor Őszi családi  Testvér tábor  |
| Hány gyerek és felnőtt van a családban? Felnőtt \_\_\_\_\_\_ Gyerek\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| ORVOSI ADATOK  |
| Diagnózis:A diagnosis dátuma:Lényeges orvosi előtörténet: |
|  |
| Az utolsó chemotherápia dátuma és típusa (ha volt ilyen): |
|  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| KÜLÖNLEGES ELLÁTÁS  |  |  |  |  |  |
| Kérem pipálja ki, ha valamelyik különleges ellátás szükséges (ha alkalmazható):  |
| Broviac/ Central line: | Yes No  | Wheelchair:  | Yes No  | VP Shunt: | Yes No  |
| Port-a-Cath: | Yes No  | Crutches:  | Yes No  | Seizures:  | Yes No  |
| Peritoneal Dialysis Catheter: | Yes No  | Prosthesis:  | Yes No  |  |  |
| Haemodialysis Catheter:  | Yes No  | Braces/Splints:  | Yes No  | TPN:  | Yes No  |
| Hearing Loss:  | Yes No  | Gastrostomy Care:  | Yes No  |  |  |
| Vision Loss:  | Yes No  | Nasogastric Care: | Yes No  | Skin Care:  | Yes No  |
| Insulin Pump | Yes No  | Ostomy Care:  | Yes No  | Physio:  | Yes No  |
| Insulin Injection | Yes No  | Inhalation Therapy: | Yes No  |  |  |

|  |
| --- |
| KÜLÖNLEGES ELLÁTÁS/FOLYAMATBAN LEVŐ KEZELÉS: |
| Ha a fentiek közül bármelyikre igennel válaszolt vagy a gyermeknek szükséges bármely különleges ellátás vagy kezelés a tábor idején, kérem részletezze: |

|  |
| --- |
| VISELKEDÉSI GONDOK |
| Ismer Ön bármely olyan viselkedési zavart, amely hatással lehet a gyermek Barretstown-i tartózkodására? Yes No Ha igen, kérem részletezze: |

|  |
| --- |
| ALLERGIA |
| Van a gyermeknek bármely allergiája? Yes No  |
| **ALLERGIA** | **TÜNET** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| JELENLEGI KEZELÉS  |
| **ELNEVEZÉS** | **MÓDSZER (Irány)** | **DÓZIS** | **GYAKORISÁG** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| KÓRHÁZI ADATOK  |
|  | **ORVOS** | **SZOCIÁLIS MUNKÁS** |
| NEVE |  |  |
| KÓRHÁZ |  |  |
| CÍM |  |  |
| CÍM |  |  |
| CÍM |  |  |
| TEL. SZÁM |  |  |
| EMAIL  |  |  |

**Orvos/Ápoló személyzet nyilatkozata:**

Megvizsgáltam \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ és igazolom, hogy orvosilag/fizikailag alkalmas a részvételre a táborban levő minden foglalkozása, az alábbi fizikai korlátozások kivételével.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

##### Aláírás Dátum Nyomtatott vagy nyomtatottan írott név

|  |
| --- |
| **Kórházi bélyegző** |