«Медицинская форма» для летнего лагеря

Ребёнок

- Имя и фамилия: _____
- Дата рождения: _____
- Название медицинского страхования: _____
- Номер полисы: _____
- Имя и фамилия родителя или законного представителя ребёнка: _____
- Детский врач / педиатр: _____
- Адрес практики: _____
- Номер телефона врача: _____

Информация о здоровье

1. Имеются ли у вашего ребёнка какие-либо хронические заболевания или физические ограничения (например, астма, эпилепсия, диабет, сердечно-сосудистые заболевания, ортопедические проблемы и т.д.)?
   ☐ Нет ☐ Да, а именно:
   _____
   _____
   _____
   _____
   _____
   _____
   _____
   _____
2. Принимает ли ребенок регулярно лекарства?
   ☐ Нет ☐ Да, пожалуйста, заполните полностью:

препарат	дозировка	время приёма	Допускаете ли Вы надзор за приёмом лекарств Вашим ребенком, сотрудниками медицинского кабинета?
			☐ Да ☐ Нет
			☐ Да ☐ Нет
			☐ Да ☐ Нет
			☐ Да ☐ Нет
			☐ Да ☐ Нет
			☐ Да ☐ Нет
			☐ Да ☐ Нет
			☐ Да ☐ Нет
			☐ Да ☐ Нет

			☐ Да ☐ Нет

2.1. Какие из перечисленных в пункте 2 лекарства Вы передаёте с собой ребенку и в каком количестве:

Наименование лекарства	Дозировка лекарства	Количество лекарств переданных Вами ребенку

3. Аллергия (например, пищевая, лекарственная, на укусы насекомых):

   ☐ Нет ☐ Да, расшифровать подробно на что конкретно есть аллергическая реакция

   _____
   _____
   _____
   _____

4. Есть ли какие-либо психологические или эмоциональные изменения в поведении Вашего ребенка, о которых должны знать **сотрудники медицинского кабинета**?

   ☐ Нет ☐ Да, пожалуйста, объясните:

   _____
   _____
   _____
   _____
   _____

5. *Есть ли какие-либо психологические или эмоциональные изменения в поведении Вашего ребенка, о которых должны знать персонал летнего лагеря*?

   ☐ Нет ☐ Да, пожалуйста, объясните:

   _____
   _____
   _____
   _____
   _____

6. Укажите детально лекарственные препараты, которые нельзя принимать Вашему ребенку:

   _____
   _____
   _____

_____
_____

7. Согласие на прием ребенком лекарств в необходимых медицинских случаях или по требованию

   Я согласен/ я согласна /мы согласны с тем, что медицинский персонал (например, работник медицинского кабинета) может давать моему/нашему ребёнку соответствующие лекарства в экстренных случаях или по мере необходимости в соответствии с медицинскими рекомендациями или по их профессиональному суждению, включая, например:

   - Жаропонижающие средства
   - Противоаллергические препараты
   - Обезболивающие препараты
   - Противовоспалительные препараты и т.д.
   - Электролитные растворы, мази, дезинфицирующие средства

   ☐ Да, я согласен/ я согласна ☐ Нет, я не согласен/ я не согласна

8. Контакты в экстренной медицинской ситуации

   (1) Имя и фамилия: _____
   телефонный номер: _____
   Электронная почта:_____
   Вацап:_____
   Телеграмм:_____

   (2) Имя и фамилия: _____
   телефонный номер: _____
   Электронная почта:_____
   Вацап:_____
   Телеграмм:_____

Спортивная деятельность и плавание

1. Может ли ребёнок безопасно плавать (не менее 15 минут без вспомогательных средств)?

   ☐ Да ☐ Нет ☐ Только с помощью плавательных средств

2. Существуют ли какие-либо спортивные мероприятия, в которых ребенку не разрешается участвовать по состоянию здоровья или по другим причинам (например, походы, скалолазание, спорт с мячом и т.д.)?

   ☐ Нет ☐ Да, исключаются следующие виды спортивных мероприятий:

_____
_____
_____
_____
_____

Заявление

Я согласен/ я согласна /мы подтверждаем, что вышеуказанная информация является полной и соответствует моим/нашим знаниям. Я/мы обязуемся незамедлительно сообщать работникам, представителям Еврейской общины Хабад Берлин e.V. находящимся непосредственно на территории летнего лагеря о любых изменениях (например, о вновь назначенных лекарствах, острых заболеваниях).

Я согласен/ я согласна /мы подтверждаем, что ответственность за предоставление неполной, недостоверной или неточной информации о ребёнке несут его родители или иные законные представители.

Я/мы даем согласие на передачу данной медицинской формы и использование информации, отраженной в этой медицинской форме, медицинскому кабинету отеля «Top wave», управляемом MORE KITEN OOD (Болгария, 8183 Китен, ул. Лилиенштрасе 1; адрес отеля: Болгария, область Бургас, г. Китен, ул. Дельфин, 2, 8183; тел.: +359 899 422 081; e-mail: Krasimirralev@abv.bg; WhatsApp: +359 899 422 081), для оказания необходимой медицинской помощи нашему ребенку.

Я разрешаю/ мы разрешаем в экстренном случае, в необходимом медицинском случае делиться необходимой информацией о состоянии здоровья и хронических заболеваний нашего ребёнка с врачебным персоналом медицинских учреждений контактирующим с нашим ребенком при возникновении экстренного случая, необходимого медицинского случая.

Место, дата: _____

_____
Подпись родителя или законного представителя ребёнка