

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Программы Углубленного Медицинского Обследования (УМО) на различных этапах спортивной подготовки, члена спортивной организации

Название спортивной организации

Я, (Ф. И. О.
гражданина) _____

« ____ » _____ . _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в программу углубленного медицинского обследования (УМО).

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я,

Паспорт (серия _____, номер _____)
выдан _____,

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка.

Ф.И.О. ребенка полностью, год рождения _____.

На основании ФЗ от 21.11.2011 N 323 "Об охране здоровья граждан в Российской Федерации" и ФЗ от 27.07.2006 N 152 "О персональных данных":

- Я получил(а) полные и всесторонние разъяснения в соответствии с планом УМО о целях и задачах предстоящего медицинского обследования в следующих объемах, предусмотренных Приказом Минздрава России от 01.03.2016 N 134н:

- лабораторные методы диагностики - общий, биохимический, серологический анализ крови (включая исследования на наличие вируса иммунодефицита человека, вирусных гепатитов, бледной трепонемы), общий анализ мочи;

- инструментальные неинвазивные методы диагностики - электрокардиография, спирография, нагрузочное тестирование, ультразвуковые исследования.

- осмотры профильными специалистами (врач спортивной медицины, невролог, отоларинголог, офтальмолог, стоматолог, терапевт, травматолог-ортопед, педиатр (по возрасту), - Необходимость других методов обследования будет мне разъяснена дополнительно.

- Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или непереносимости лекарственных препаратов, о перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах, витаминах, БАДах. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

- Я согласен(а) на осмотр другими медицинскими работниками в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

- Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно **ДАЮ СВОЕ СОГЛАСИЕ** на обследование в предложенном объеме.

- Мои персональные данные, информацию о состоянии моего здоровья и функциональных возможностях моего организма, другую информацию, полученную в результате данного медицинского обследования, необходимую для корректировки моего тренировочного процесса и составления индивидуальной программы моей спортивной подготовки **РАЗРЕШАЮ ПЕРЕДАВАТЬ И ОБРАБАТЫВАТЬ**, без последующего запроса на использование и уведомление сторон:

- тренерскому составу и руководству моей спортивной организации;

- ГУ "РВФД";

- Министерству Здравоохранения РФ;

- Министерству спорта РФ.

Дополнительно информирую, что я:

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

согласен(а)

не согласен(а)

на передачу моих персональных данных, информации о состоянии моего здоровья и функциональных возможностях моего организма, другой информации, полученной в результате данного медицинского обследования в спортивные клубы или иные физкультурно-спортивные организации по командным видам спорта, с которыми у меня заключен трудовой договор.

« ____ » _____ 20 ____ года

Подпись _____

Расписался в моем присутствии

Ф.И.О. и должность врача _____ Подпись _____