

VILNIAUS SPORTO MEDICINOS CENTRAS

Sportininko /paciento/ ar jo tėvų, ar atstovo valios pareiškimas dėl specializuotų sveikatos priežiūros paslaugų teikimo

Sportininkas _____
(vardas, pavardė, gimimo metai)

Sporto mokykla, klubas _____ **Sporto klubas „TOSHI“** _____

Sporto šaka _____ **Kyokushin karate** _____

Treneris _____ **Darius Gudauskas** _____
(vardas, pavardė)

1. **Susipažinau** su Vilniaus sporto medicinos centro (VSMC) vidaus tvarkos taisyklėse nustatytais paciento teisėmis ir pareigomis.
2. **Sutinku**, kad būtų ištirta mano (mano vaiko) sveikatos bei funkcinė būklė (su ištyrimo programa supažindins gydytojas). Esant būtinumui, gali būti taikomi papildomi VSMC patvirtinti diagnostiniai tyrimai bei paskirtas reikalingas gydymas.
3. **Esu supažindintas** su mano (mano vaiko) sveikatos ištyrimo ar ligos gydymui taikomų metodikų ypatybėmis. Man yra išaiškintas ištyrimo ar gydymo tikslas, pobūdis, padariniai ir pavojai. Suteikta pasirinkimo galimybė.
4. **Sutinku**, kad informacija apie mano (mano vaiko) gyvenimo faktus gali būti renkama, jei tai būtina nustatyti sveikatos ir funkcinę būklę, diagnozuoti ligą, parinkti gydymą. Esu informuotas, kad visa informacija apie mano (mano vaiko) sveikatos būklę, ligą, gydymą bei kita asmeninio pobūdžio informacija bus konfidenciali net ir po mirties.
5. **Sutinku**, kad mane (mano vaiką) liečianti konfidenciali informacija būtų suteikiama

_____ (išvardintų asmenų vardai, pavardės)

6. **Patvirtinu**, jog siunčiant į kitą sveikatos priežiūros įstaigą, man išaiškinta ir suteikta išsami informacija dėl tolimesnio tyrimo bei gydymo.
7. **Sutinku** dalyvauti (kad mano vaikas dalyvautų) mokymo procese. Aš supažindintas apie mokymo proceso tikslus ir pobūdį.
8. **Patvirtinu**, kad man (mano vaikui) nerekomenduojant sportuoti pasirinktoje sporto šakoje, išaiškinta ir suteikta informacija apie galimą žalą sveikatai.

_____ m. ____ mėn. ____ d. _____ (sportininko, jo tėvų ar jo atstovo vardas, pavardė, parašas)

9. **Nesutinku**, kad man (mano vaikui) būtų taikomi paskirti tyrimai ar gydymas

_____ (įvardinti)

_____ m. ____ mėn. ____ d. _____ (sportininko, jo tėvų ar jo atstovo vardas, pavardė parašas)

Pastaba. *Su paciento teisėmis ir pareigomis, ištyrimo programomis galima susipažinti pas gydytoją.*

Šeimos, bendrosios praktikos gydytojui

Duomenys iš ambulatorinės kortelės

Norėdami įvertinti sportininko sveikatos lygį, treniruočių krūvių dydį bei intensyvumą, prašytume
kai kurių duomenų apie sportininką _____

_____ (vardas, pavardė, gimimo data, namų adresas)

1. Persirgtos ligos _____

2. Esami diagnozuoti sveikatos sutrikimai _____

3. Ar nėra dispanserinėje įskaitoje dėl kokio nors susirgimo _____

4. Kuriai fizinio pajėgumo medicininei grupei (pagrindinei, paruošiamajai, specialiajai) paskirtas

5. Paskutinio apsilankymo poliklinikoje data

_____ (asmens sveikatos priežiūros įstaiga)

Gydytojas _____

(vardas, pavardė)

Data _____