

PANEVĖŽIO 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 šaka _____

Treneris _____

(vardas, pavardė)

1. **Susipažinau** su Panevėžio sporto medicinos centro (SMC) 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 SMC 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. **Suprantu**, kad, pablogėjus sveikatos būklei, turiu kreiptis į gydytoją. **Žinau**, kad aš (mano vaikas) gali būti siunčiamas papildomoms konsultacijoms ar gydymui.
8. **Patvirtinu**, kad man (mano vaikui) nerekomenduoju sportuoti pasirinktoje sporto šakoje, išaiškinta ir suteikta informacija apie galimą žalą sveikatai.

_____ 201_ m. _____ d. (sportininko, jo tėvų ar jo atstovo vardas, pavardė, parašas)

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

_____ (įvardinti)

_____ 201_ m. _____ d. _____ (sportininko, jo tėvų ar jo atstovo vardas, pavardė parašas)

Pastaba. Įstaigos vidaus tvarkos taisykles rasite registratūroje.

Panevėžiosporto medicinos centras
Liepų al.4 telef. (8-45) 436393

Patvirtinta
Direktoriaus
2013.0929 sakymu Nr. V-36

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 _____

Data
