

**SPORTININKO VALIOS PAREIŠKIMAS DĖL SPECIALIZUOTŲ ASMENS SVEIKATOS
PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ TEIKIMO LIETUVOS SPORTO MEDICINOS CENTRO
ŠIAULIŲ SKYRIUJE**

Sportininkas _____
(vardas, pavardė,) _____ (gimimo metai)
Sporto šaka _____ Sporto klubas _____
Treneris _____
(vardas, pavardė) _____ Miestas /rajonas _____

1. **Susipažinau** su Lietuvos sporto medicinos centro (LSMC) vidaus tvarkos ir asmens duomenų tvarkymo taisyklėse nustatytais paciento teisėmis ir pareigomis.
2. **Sutinku**, kad atliekant mano sveikatos profilaktinį ištyrimą būtų atliekami kraujo, šlapimo, elektrokardiografijos tyrimai, esant būtinumui - krūvio elektrokardiograma, echoskopija, spirometrija ar kiti tyrimai bei reikalingų gydytojų konsultacijos bei gydymas.

Sportininko, tėvų ar globėjo parašas _____ 20 _____

3. **Esu supažindintas** su mano sveikatos ištyrimo ar ligos gydymui taikomų metodikų ypatybėmis. Man yra išaiškintas ištyrimo ar gydymo tikslas, pobūdis, padariniai ir pavojai. Suteikta galima pasirinkimo galimybė.
4. **Sutinku**, kad mano asmens duomenys būtų renkami, jei tai būtina įvertinti sveikatos ir funkcinę būklę, diagnozuoti ligą, parinkti tinkamą gydymą.

Sportininko, tėvų ar globėjo parašas _____ 20 _____

5. Esu informuotas, kad mano asmens duomenys bus tvarkomi LSMC nurodytų paslaugų teikimo tikslu ir neprieštarauju.

Sportininko, tėvų ar globėjo (iki 16 m.) parašas _____ 20 _____

Sutinku, kad mano asmens duomenys apie mano sveikatą būtų suteikiami:

(išvardintų asmenų vardai, pavardės)

6. **Patvirtinu**, jog siunčiant į kitą sveikatos priežiūros įstaigą, man buvo išaiškinta ir suteikta išsami informacija dėl tolimesnio tyrimo bei gydymo.

Sportininko, tėvų ar globėjo (iki 16 m.) parašas _____ 20 _____

7. **Sutinku**, kad aš (mano vaikas) dalyvaučiau (tų) mokymo procese. Aš būsiu supažindintas (a) apie mokymo proceso tikslus ir pobūdį.

Sportininko, tėvų ar globėjo (iki 16 m.) parašas _____ 20 _____

8. **Patvirtinu**, kad man (mano vaikui) **nerekomenduoju** sportuoti pasirinktoje sporto šakoje, buvo išaiškinta ir suteikta informacija apie galimą žalą sveikatai .

Sportininko, tėvų ar globėjo (iki 16 m.) parašas _____ 20 _____

- Pastaba.**
1. *Su paciento teisėmis ir pareigomis, ištyrimo programomis galima susipažinti pas savo gydytojus*
 2. *Asmens duomenys ir „Sportininko sveikatos stebėjimo kortelė“ Forma Nr. 061/a saugomi 3 metus nuo paskutinio sveikatos pasitikrinimo, (LR SAM 2014-01-27 įsakymą Nr.V-120).*
 3. *Asmens duomenys ir „Ambulatorinė asmens sveikatos istorija“ formą Nr. 025/a, laikoma 15 m. nuo paskutinio apsilankymo įstaigoje*