

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

Formos pildymo instrukcija

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

- Pildyti reikia.** Su taisyklėmis galima susipažinti registratūroje arba www.siauliaismc.lt/informacija
- Pildyti reikia.** Profilaktiškai, arba esant reikalui skiriame tyrimus ir konsultacijas
- Pildyti reikia.** Stengiamės paaiškinti ir atsakyti į jūsų klausimus
- Pildyti reikia.** Mums reikalingi duomenys, vertinti susirgimus ir funkcinę būklę
- Pildyti reikia.** Renkame tik tiek informacijos, kiek reikia užtikrinti sklandžiam darbui
- Pildyti nereikia.** Pildoma, tik jei siųsime tirtis į kitą įstaigą
- Pildoma, jei** sutinkate, kad jūsų vaikas dalyvaus mokymo procese
- Pildyti nereikia.** Pildoma, jei uždraudžiame sportuoti

- Susipažinau su Lietuvos sporto medicinos centro (LSMC) vidaus tvarkos ir asmens duomenų tvarkymo taisyklėse nustatytais paciento teisėmis ir pareigomis.
Sportininko, tėvų ar globėjo parašas _____ 20 _____
- Sutinku, kad atliekant mano sveikatos profilaktinį ištyrimą būtų atliekami kraujo, šlapimo, elektrokardiografijos tyrimai, esant būtinumui - krūvio elektrokardiograma, echoskopija, spirometrija ar kit tyrimai bei reikalingų gydytojų konsultacijos bei gydymas.
Sportininko, tėvų ar globėjo (iki 16 m.) parašas _____ 20 _____
- 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.
Sportininko, tėvų ar globėjo parašas _____ 20 _____
- Sutinku, kad mano asmens duomenys būtų renkami, jei tai būtina įvertinti sveikatos ir funkcinę būklę, diagnozuoti ligą, parinkti tinkamą gydymą.
Sportininko, tėvų ar globėjo (iki 16 m.) parašas _____ 20 _____
- 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)
- 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 _____
- Sutinku, kad aš (mano vaikas) dalyvačiau ((tu) mokymo procese. Aš būsiu supažindintas apie mokymo proceso tikslus ir pobūdį.
Sportininko, tėvų ar globėjo (iki 16 m.) parašas _____ 20 _____
- Patvirtinu, kad man (mano vaikai) nerekomenduojant 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
- Asmens duomenys ir „Sportininko sveikatos stebėjimo kortelė“ Forma Nr. 061/a saugomi 3 metus nuo paskutinio sveikatos patikrinimo, (LR SAM 2014-01-27 įsakymą Nr. V-120).
 - Asmens duomenys ir „Ambulatorinė asmens sveikatos istorija“ formą Nr. 025/a, laikoma 15 m. nuo paskutinio apsilankymo įstaigoje

Skiltį „Tarpininkauju“ pildo tik treneriai

Tarpininkauju _____
(pareigos, vardas, pavardė)