

ГБУ НО «Региональный центр спортивной медицины»
Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство и обработку персональных данных

1 ЧАСТЬ
паспортные данные
СПОРТСМЕНА

Я, _____
(фамилия, имя, отчество, дата рождения спортсмена)
Паспорт _____, выдан _____ Г _____
номер _____ дата выдачи _____ кем выдан _____
Проживающий по адресу: _____
Ознакомлен(а) с информированным добровольным согласием на медицинское вмешательство и понимаю его смысл.

Подпись 

2 ЧАСТЬ
паспортные данные
ЗАКОННОГО
ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

Я, _____
(фамилия, имя, отчество, дата рождения)
Паспорт _____, выдан _____ Г _____
номер _____ дата выдачи _____ кем выдан _____
Проживающий по адресу: _____
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель, представитель): _____

_____ (фамилия, имя, отчество, дата рождения)
Ознакомлен(а) с информированным добровольным согласием на медицинское вмешательство и понимаю его смысл.
Подпись 

Заполнение паспортной части зависит от возраста спортсмена:

до 15 лет (2 часть)

с 15 лет (включительно) до 18 лет (1 и 2 части)

с 18 лет (включительно) (1 часть)

На основании ст.20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» я получил(а) полные и всесторонние разъяснения о целях и задачах предстоящего медицинского обследования в следующих объемах, предусмотренных Приказом МЗ РФ от 23.10.2020 N 1144н "Об утверждении порядка организации оказания медицинской помощи лицам, занимающимся физической культурой и спортом (в том числе при подготовке и проведении физкультурных мероприятий и спортивных мероприятий), включая порядок медицинского осмотра лиц, желающих пройти спортивную подготовку, заниматься физической культурой и спортом в организациях и (или) выполнить нормативы испытаний (тестов) Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса "Готов к труду и обороне" (ГТО)" и форм медицинских заключений о допуске к участию физкультурных и спортивных мероприятиях", я ознакомлен(а) о возможности получения мной информации по моему требованию о порядках оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, а также клинических рекомендациях, применяемых при предоставлении медицинских услуг. Даю согласие на проведение мне (моему представляемому) следующих медицинских вмешательств:

- лабораторные методы диагностики: химико-микроскопические, гематологические, цитологические, биохимические, коагулогические, иммунологические, серологические (включая исследования на наличие вируса иммунодефицита человека, вирусных гепатитов, бледной трепемы) исследования;
- инструментальные методы диагностики: электрокардиография, спирография/спирометрия, нагрузочное тестирование, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, ультразвуковые методы исследования;
- осмотры и консультации врачей-специалистов, в том числе с проблемами: педиатр/терапевт (по возрасту), травматолог-ортопед, хирург/детский хирург, невролог, оториноларинголог, офтальмолог, кардиолог/детский кардиолог, акушер-гинеколог, уролог/детский уролог, дерматовенеролог, стоматолог, медицинский психолог/психолог, врач по спортивной медицине, врач по лечебной физкультуре, физиотерапевт, эндокринолог, диетолог;
- введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривенно, внутрисуставно, паравентрикулярно;
- медицинский массаж, лечебная физкультура, физиотерапия.

- Необходимость проведения других медицинских услуг будет мне разъяснена дополнительно.

Я обязуюсь поставить в известность врача (иного медработника) обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или непереносимости мной (моим представляемым) лекарственных препаратов, о перенесенных мною (моим представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах. 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 я добровольно **ДАЮ СВОЕ СОГЛАСИЕ** на медицинское вмешательство.

В соответствии со ст.9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ "О персональных данных" даю согласие ГБУ НО «РЦСМ» на обработку моих (моего представляемого) персональных данных (ФИО; дата рождения; место рождения; социальное положение; пол; адрес электронной почты; адрес места жительства; адрес регистрации; номер телефона; СНИЛС; данные документа, удостоверяющего личность; данные документа, содержащиеся в свидетельстве о рождении, сведения о спортивной организации, сведения о состоянии здоровья) в целях предоставления мне (моему представляемому) медицинских услуг путем смешанной (с использованием средств автоматизации и без использования средств автоматизации) обработки, включая: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение в отчетные формы; а так же Минцифры России и подведомственным ему организациям, Минздраву России и подведомственным ему организациям, органам исполнительной власти субъектов РФ в сфере здравоохранения, ФМБА России и подведомственным ему организациям, Минспорту России и подведомственным ему организациям, с использованием машинных носителей информации, документов на бумажных носителях, по каналам связи, в том числе и по электронной почте в целях обработки, в том числе посредством внесения в государственные информационные системы и списки (реестры); кроме того, разрешаю предоставлять сведения и получать копии первичной медицинской документации о факте своего (моего представляемого) обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья, диагнозе и иные сведения, полученные при обследовании и лечении, следующим лицам (Ф.И.О., контактные данные):

Мои (моего представляемого) персональные данные, информацию о состоянии здоровья и функциональных возможностях организма, другую информацию, полученную в результате данного медицинского обследования, необходимую для корректировки тренировочного процесса и составления индивидуальной программы спортивной подготовки РАЗРЕШАЮ ОБРАБАТЫВАТЬ, в том числе ПЕРЕДАВАТЬ, в том числе посредством электронной почты, без последующего запроса на использование и уведомление сторон: тренерскому составу и руководству моей (моего представляемого) спортивной федерации; ФГБУЗ, осуществляющим медицинское обеспечение спортсменов и спортсменов сборных команд; Министерству спорта Нижегородской области; ГАУ НО «Центр спортивной подготовки»; в спортивные клубы или иные физкультурно-спортивные (образовательные) организации, осуществляющими мою (моего представляемого) спортивную подготовку, в том числе путем внесения в отчетные формы; а так же Минцифры России и подведомственным ему организациям, Минздраву России и подведомственным ему организациям, органам исполнительной власти субъектов РФ в сфере здравоохранения, ФМБА России и подведомственным ему организациям, Минспорту России и подведомственным ему организациям, с использованием машинных носителей информации, документов на бумажных носителях, по каналам связи, в том числе и по электронной почте в целях обработки, в том числе посредством внесения в государственные информационные системы и списки (реестры); кроме того, разрешаю предоставлять сведения и получать копии первичной медицинской документации о факте своего (моего представляемого) обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья, диагнозе и иные сведения, полученные при обследовании и лечении, следующим лицам (Ф.И.О., контактные данные):

1) _____;

2) _____;

Дополнительно информирую, что я:  **согласен(а)**  **не согласен(а)** на обработку моих (моего представляемого) персональных данных, информации о состоянии здоровья и функциональных возможностях организма, другой информации, полученной в результате медицинского обследования.

« _____ » _____ 20 _____ года

Подпись спортсмена (с 18 лет)
Или законного представителя 

Расписался в моем присутствии
Медицинский работник ГБУ НО «РЦСМ» _____

 _____
(расшифровка подписи)

(расшифровка подписи)