

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ФЕДЕРАЛЬНЫЙ НАУЧНО-КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ И
РЕАБИЛИТАЦИИ ФЕДЕРАЛЬНОГО МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОГО АГЕНТСТВА»
Информированное добровольное согласие на медицинское обследование члена сборной
спортивной команды России

(наименование спортивной сборной команды, наименование общероссийской спортивной федерации)

Я _____

(фамилия, имя, отчество – полностью)

Дата рождения _____, проживающий (ая) по адресу: _____

Паспорт РФ: серия _____ № _____, выдан « _____ » _____

(кем, когда, код подразделения)

Этот раздел бланка заполняется на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан.

Я, _____

(фамилия, имя, отчество – полностью)

Дата рождения _____, проживающий (ая) по адресу: _____

Паспорт РФ: серия _____ № _____, выдан _____

(кем, когда, код подразделения)

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель, врач команды, тренер) ребенка

(фамилия, имя, отчество ребенка, дата рождения)

На основании Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»: Я получил (а) полные и всесторонние разъяснения в соответствии с планом углубленного медицинского обследования (УМО) о целях и задачах предстоящего медицинского обследования в объемах, предусмотренных Приказом Минздравсоцразвития №134н от 01.03.2016 «О порядке организации 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»:
- опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование; антропометрические исследования; термометрия, тонометрия; неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций, органа слуха и слуховых функций; исследования функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические, генетические, серологические, гормональные; функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограмм, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных); рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования;

Необходимость других методов обследования будет мне разъяснена дополнительно.

Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или непереносимости лекарственных препаратов, о перенесенных мной (представленным) 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 **ДОБРОВОЛЬНО ДАЮ СОГЛАСИЕ** на обследование в предложенном объеме.

Мои персональные данные, информацию о состоянии моего здоровья и функциональных возможностях моего организма, другую информацию, полученную в результате данного медицинского обследования, необходимую для корректировки моего тренировочного процесса и составления индивидуальной программы моей спортивной подготовки **РАЗРЕШАЮ ПЕРЕДАВАТЬ И ОБРАБАТЫВАТЬ**, без последующего запроса на использование и уведомление сторон:

- тренерскому составу и руководителю моей спортивной федерации;
- ФГБУ ФНКЦСМ ФМБА России;
- Управлению организации спортивной медицины ФМБА России;
- ФГБУ «ЦСП СКР» Минспорта России.

« _____ » _____ 20 _____ г. Подпись _____

Расписался в моем присутствии

ФИО и должность врача _____ Подпись _____