

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, при получении медико-санитарной помощи спортсменами (лицами, занимающимися физической культурой и спортом) в СПб ГБУЗ «Врачебно-физкультурный диспансер Красногвардейского района»

Я _____
(фамилия, имя, отчество — полностью)

Дата рождения _____
Проживающий 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 по адресу: _____
Паспорт РФ: серия _____ № _____,
выдан « _____ » _____

(кем, когда, код подразделения)

Являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)

_____ (фамилия, имя, отчество ребенка, дата рождения)

наименование и реквизиты документа, подтверждающие полномочия представителя

На основании Ф3 от 21.11.2011 № 323 «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации», Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23.10.2020г. №1144н «Об утверждении порядка 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» (ГТО)», **ДАЮ ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ** на проведение мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) предварительных, периодических, текущих и этапных медицинских осмотров, врачебно-педагогических наблюдений, углубленного медицинского обследования (далее - УМО) в СПб ГБУЗ «Врачебно-физкультурный диспансер Красногвардейского района», а также непосредственно в месте проведения мероприятий, в том числе в выездной форме с целью систематического контроля за состоянием здоровья лиц, занимающихся физической культурой и спортом, оценки адекватности физических нагрузок состоянию здоровья, восстановления здоровья средствами и методами лечебной физкультуры, получения мною (лицом, законным представителем которого я являюсь) медицинского заключения о допуске к участию в физкультурных и спортивных мероприятиях (тренировочных мероприятиях и спортивных соревнованиях), мероприятиях по оценке выполнения нормативов испытаний (тестов) Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО)» (Приложение №2 к приказу Минздрава РФ от 23.10.2020 №1144н).

Объем медицинских обследований определен Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23.10.2020г. №1144н и включает.

1. Антропометрические исследования. 2. Термометрию. 3. Инструментальные неинвазивные методы диагностики — электрокардиографию, электрокардиографию с физической нагрузкой, спирометрию, по назначению врача суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, пикфлоуметрию, эргоспирометрию, PWC 170, велоэргометрию, электроэнцефалографию, рентгенологические, ультразвуковые исследования, магнитнорезонансную томографию. 4. Осмотры профильными специалистами согласно программе УМО (индивидуальному плану медицинского осмотра). 5. Лабораторные методы диагностики - общий, биохимический, иммунологический, гормональный, коагулогический, серологический анализ крови (включая исследования на наличие вируса иммунодефицита человека, вирусных гепатитов, бледной трепонемы), общий анализ мочи;

-Необходимость других методов обследования будет мне разъяснена дополнительно.

-Я получил(а) полные и всесторонние разъяснения о целях предстоящих медицинских обследований. В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантов медицинского вмешательства, их последствия. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства. В случае отказа от предложенных мероприятий ответственность за здоровье ребенка несет его родитель или законный представитель (ст.63.64.65 Семейного кодекса Российской Федерации)

-Я предоставил(а) врачу(ам) достоверную информацию (сведения) о моей (представляемого) спортивной деятельности, характеристиках тренировочных нагрузок, переносимости мною (представляемого) тренировочных нагрузок, наличии признаков у меня (представляемого) состояний переутомления, перенапряжения, перетренированности, а также наличии травм, связанных со спортивной деятельностью и их последствий, использовании мною (представляемым) дополнительных средств и методов восстановления после тренировочных и соревновательных нагрузок, поставил(а) в известность врача(ей) обо всех проблемах, связанных с моим (представляемого) здоровьем, в том числе об аллергических реакциях, непереносимости лекарственных препаратов, перенесенных операциях, заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил врачу(ам) правдивые сведения о моей (представляемого) наследственности, а также об употреблении мною (представляемым) алкоголя, наркотических и токсических средств, биологически активных добавок и лекарственных средств, содержащих запрещенные субстанции, использовании методов, отнесенных к понятию запрещенных к применению во время тренировочной и соревновательной деятельности, согласно действующему антидопинговому законодательству.

Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно **ДАЮ СВОЕ СОГЛАСИЕ** на обследование в предложенном объеме;

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии здоровья лица, законным представителем, которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

_____ (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

_____ (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

Настоящее согласие дано мной _____ Подпись пациента _____ дата _____

Расписался в моем присутствии:

Медработник _____ / _____

(подпись)

(должность Ф.И.О)

Информированное добровольное согласие на обработку персональных данных в СПб ГБУЗ «Врачебно-физкультурный диспансер Красногвардейского района»

Я _____
Дата рождения _____
Проживающий 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 _____
Дата рождения _____
Проживающий по адресу: _____
Паспорт РФ: серия _____ № _____,
выдан « _____ » _____
(кем, когда, код подразделения)

Являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)

_____ (фамилия, имя, отчество ребенка, дата рождения)

наименование и реквизиты документа, подтверждающие полномочия представителя

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона РФ от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», статьи 13 Федерального закона РФ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» я подтверждаю свое согласие на обработку СПб ГБУЗ «Врачебно-физкультурный диспансер Красногвардейского района» (195112, г. Санкт-Петербург, Новочеркасский пр., д.15) (далее — Оператор) моих персональных данных, персональных данных представляемого мною лица (несовершеннолетнего в возрасте 15 лет, _____ лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным) (Ф.И.О.) _____,

включающих: фамилия, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса ОМС, страхового номера индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), место работы, (учебы, занятий спортом), виде спорта, спортивной квалификации, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, биометрических данных и другую информацию — в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, а также проведения текущих, этапных, предсоревновательных медицинских осмотров, врачебно-педагогических наблюдений в том числе углубленных медицинских обследований, а также в целях организации внутреннего учета Оператора, предоставления установленной законодательством отчетности в отношении оказанных медицинских услуг при условии сохранения врачебной тайны (или — при условии, что эта обработка осуществляется лицом, уполномоченным оператором и обязанным сохранять профессиональную тайну). В процессе оказания Оператором мне (представляемому мной лицу) медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные (персональные данные представляемого мной лица), в том числе составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования, лечения и внутреннего учета Оператора. Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу (в страховую медицинскую организацию, организацию — заказчика медицинских услуг в рамках заключенных договоров), обезличивание, блокирование, уничтожение, неавтоматизированная обработка персональных данных; автоматизированная обработка персональных данных с передачей полученной информации по информационно-телекоммуникационным сетям или без таковой; смешанная обработка персональных данных. Оператор имеет право осуществлять обработку данных на бумажных носителях, автоматизированную обработку персональных данных с передачей полученной информации по информационно-телекоммуникационным сетям или без таковой, смешанную обработку персональных данных, а также путем внесения в электронную базу данных в сфере здравоохранения, включения в списки (реестры), заполнение первичных медицинских документов, утвержденные Министерством здравоохранения РФ и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) в том числе по ОМС, договорам ДМС, договорам по оказанию платных медицинских услуг, при условии, что указанные предоставление и передача будут осуществляться по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих защиту моих персональных данных от несанкционированного доступа, а также при условии, что при прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты). Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, направленного мною в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручения лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи. Всю ответственность за неблагоприятные последствия отзыва согласия беру на себя. Я ознакомлен(а) с тем, что в случае отзыва субъектом персональных данных согласия на обработку персональных данных, оператор вправе продолжить обработку персональных данных без согласия субъекта персональных данных при наличии оснований, предусмотренных ч. 2 ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных». Я даю согласие / не даю согласие (нужное подчеркнуть, ненужное зачеркнуть) Оператору на использование персональных данных в целях информирования меня с помощью средств связи путем пересылки мне SMS-сообщений: напоминание о записи на прием к специалисту или исследование (на указанный мной номер мобильного телефона), на пересылку информации о состоянии здоровья представляемого мною лица (результаты дополнительных методов обследования и др.) через незащищенные каналы связи (электронная почта), для чего добровольно пишу адрес электронной почты и телефон, на который разрешаю Оператору высылать данные о состоянии здоровья и иные сведения:

E-mail: _____ Телефон _____

Настоящее согласие дано мной _____ и действует до дня его отзыва.

Подпись субъекта персональных данных (или его законного представителя) _____