



LIETUVOS SPORTO MEDICINOS CENTRAS

SPORTININKŲ VALIOS PAREIŠKIMAS DĖL SPECIALIZUOTŲ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ TEIKIMO

Sportininkas _____

(vardas, pavardė, gimimo metai)

Sporto šaka KYOKUSHIN KARATE

Sporto mokykla/ klubas SAKURA

Treneris _____

(vardas, pavardė)

Miestas /rajonas VILNIUS

1. **Susipažinau** su Lietuvos sporto medicinos centro (LSMC) vidaus tvarkos taisyklėse nustatytais paciento teisėmis ir pareigomis.
2. **Sutinku**, kad būtų ištirta mano (mano vaiko) sveikatos bei funkcinė būklė (su ištyrimo programa supažindins gydytojas). Esant būtinumui, gali būti taikomi papildomi LSMC patvirtinti diagnostiniai tyrimai bei paskirtas reikalingas gydymas.
3. **Esu supažindintas** su mano (mano vaiko) sveikatos ištyrimo ar ligos gydymui taikomų metodikų ypatybėmis. Man yra išaiškintas ištyrimo ar gydymo tikslas, pobūdis, padariniai ir pavojai. Suteikta pasirinkimo galimybė.
4. **Sutinku**, kad informacija apie mano (mano vaiko) gyvenimo faktus gali būti renkama, jei tai būtina nustatyti sveikatos ir funkcinę būklę, diagnozuoti ligą, parinkti gydymą. Esu informuotas, kad visi duomenys apie mano (mano vaiko) sveikatos būklę, ligą, gydymą bei kita asmeninio pobūdžio informacija bus konfidenciali net ir po mirties.

Kitoje pusėje

5. **Sutinku**, kad mane (mano vaiką) liečianti konfidenciali sveikatos informacija būtų suteikiama

_____ (išvardintų asmenų vardai, pavardės)

6. **Patvirtinu**, jog siunčiant į kitą sveikatos priežiūros įstaigą, man bus išaiškinta ir suteikta išsami informacija dėl tolimesnio tyrimo bei gydymo.
7. **Sutinku** dalyvauti (kad mano vaikas dalyvautų) mokymo procese. Aš būsiu supažindintas apie mokymo proceso tikslus ir pobūdį.
8. **Patvirtinu**, kad man (mano vaikui) nerekomenduojant sportuoti pasirinktoje sporto šakoje, išaiškinta ir suteikta informacija apie galimą žalą sveikatai.

201_ m. _____ d. _____

(16 m. ir vyresnio sportininko arba tėvų (globėjų) vardas, pavardė, parašas)

9. **Nesutinku**, kad man (mano vaikui) būtų taikomi paskirti tyrimai ar gydymas

_____ (įvardinti tyrimus, gydymą)

201_ m. _____ d. _____

_____ (16 m. ir vyresnio sportininko arba tėvų (globėjų) vardas, pavardė, parašas)

Pastaba. *Su paciento teisėmis ir pareigomis, ištyrimo programomis galima susipažinti pas gydytojus*