



ЛИЧНАЯ КАРТОЧКА

учёта прохождения медицинского осмотра
(заполняется спортсменом) *

1. ФИО спортсмена (полностью): _____

2. Дата рождения спортсмена : ____/____/____ г., полных лет _____

3. Адрес проживания спортсмена _____

ул. _____, дом _____, кор. _____, кв. _____

4. Место работы / учёбы спортсмена _____

5. Полное название спортивной школы ** _____

6. Название секции *** _____

Своей подписью удостоверяю, что сообщил(а) полную информацию, известную мне о состоянии своего здоровья (здоровья несовершеннолетнего спортсмена).

Дата заполнения ____/____/20____ подпись _____

* Для лиц младше 15 лет заполняется родителями или законным представителем.

** Если ребёнок занимается в нескольких спортивных школах, указать основную.

*** Если ребёнок занимается в нескольких спортивных секциях, указать основную.

допущен

не допущен

другое

ФИО спортивного врача _____
заполняется врачом КОВФД

Дата ____/____/20____
заполняется врачом КОВФД

**Информированное добровольное согласие на
медицинское вмешательство**

Я, _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо
законного представителя)

" ____ " _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу:

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании
согласия законным представителем)

" ____ " _____ г. рождения, проживающего по адресу:
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)
даю информированное добровольное согласие на виды медицинских
вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских
вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное
согласие при выборе врача и медицинской организации для получения
первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства
здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля
2012 г. N 390н¹ (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в
Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/ получения
первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем
которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ГБУЗ КО «Калужский областной
врачебно-физкультурный диспансер»

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником: врачами по спортивной медицине Давыденковым Д.В.,
Токмяниной Л.А., Кудрявцевым С.В.

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)
в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания
медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских
вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития
осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской
помощи.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких
видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать
его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9
статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах
охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому
(которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального
закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан
в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего
здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь
(ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(подпись) _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его
законного представителя, телефон)

(подпись) _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

" ____ " _____ г.
(дата оформления)

Согласие на обработку и передачу персональных данных.

Я,

_____ (фамилия, имя, отчество)

документ, удостоверяющий личность

_____ (вид документа, серия и номер)

выдан:

_____ (кем и когда выдан)

проживающий (ая):

в отношении _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

" " _____ г. рождения,

(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

Проживающего (ей) по адресу:

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

В соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ГБУЗ КО «Калужский областной врачебно физкультурный диспансер» (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные, посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов).

Срок хранения моих персональных данных, соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет (для стационара, пять лет – для поликлиники).

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной на двадцать пять лет.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен 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.

Моя подпись означает, что текст данного «согласия» я прочитал(а), в нем мне все понятно.

Подпись субъекта персональных данных V _____ « _____ » 20 ____ г.

Уполномоченный представитель медицинской организации _____