



Piekrīšana profilaktiskajai medicīniskajai pārbaudei sporta medicīnā un informācijas sniegšanai Sporta organizācijai

Profilaktiskās medicīniskās pārbaudes (turpmāk – medicīniskā pārbaude) veic sportistiem un bērniem ar paaugstinātu fizisko slodzi (turpmāk – sportisti) atbilstoši Ministru kabineta 2016.gada 6.septembra noteikumiem Nr.594 „Sportistu un bērnu ar paaugstinātu fizisko slodzi veselības aprūpes un medicīniskās uzraudzības kārtība” (turpmāk – MK Noteikumi Nr.594).

Padziļināto profilaktisko medicīnisko pārbaudi veic vienu reizi gadā, tās laikā tiek nodrošināti sekojoši veselības aprūpes pasākumi (pakalpojumi):

1. sporta ārsta konsultācija;
2. antropometrijas mērījumi;
3. redzes pārbaude;
4. fizisko un funkcionālo spēju noteikšana pēc EUROFIT metodes sportistiem no 10 gadu vecuma;
5. elektrokardiogrāfijas 12 novadījumu pierakstu pirms un pēc nedozētas slodzes (2 minūšu skrējieni) vai dozētas slodzes (veloergometrijas tests PWC170, sportistiem, kuru augums ir no 150 cm);
6. pilna asins aina bez EGĀ un urīna analīze.

Ar savu parakstu apliecinu, ka:

1. man ir izskaidrota nepieciešamība veikt medicīnisko pārbaudi;
2. esmu izpratis/-usi medicīniskās pārbaudes būtību;
3. esmu informēts/-a, ka man/manam bērnam veiks medicīnisko pārbaudi;
4. esmu informēts/-a, ka nepieciešamības gadījumā man/manam bērnam varētu tikt veikti papildu diagnostiskie izmeklējumi, kā arī norādīta nepieciešamā ārstēšana.

Lai nodrošinātu MK Noteikumu Nr.594 9. un 11. punktā noteiktās prasības: informēt Sporta organizāciju par man/manam bērnam noteikto klīniski funkcionālo grupu un treniņu režīmu, **piekrītu, ka informāciju par man/manam bērnam noteikto klīniski funkcionālo grupu un treniņu režīmu BKUS Sporta medicīnas centrs pēc Sporta organizācijas pieprasījuma iesniedz Sporta organizācijai, kurā trenējos es/mans bērns:**

Piekrītu:	Nepiekrītu:
-----------	-------------

Esmu informēts/-a, ka man ir brīva izvēle piekrist vai nepiekrīst, kā arī savu doto piekrišanu varu atsaukt jebkurā brīdī, un piekrišanas nesniegšana, ka arī tās atsaukšana man/manam bērnam neradīs nelabvēlīgas sekas. *Nepiekrišanas gadījumā minēto informāciju sporta organizācijai iesniedz pats sportists vai nepilngadīga sportista vai bērna (līdz 14 gadu vecumam) likumiskais pārstāvis.*

Aizpilda tikai nepilngadīga sportista vai bērna (līdz 14 gadu vecumam) likumiskais pārstāvis:

Piekrītu, ka gadījumos, kad medicīniskās pārbaudes laikā nevaru nodrošināt savu klātbūtni, manam bērnam veic medicīnisko pārbaudi Sporta organizācijas pārstāvja uzraudzībā un medicīniskās pārbaudes dokumentus - **izrakstu** no pacienta ambulatoras medicīniskās kartes un **izziņu** par atļauju piedalīties sporta nodarbībās ar noteikto treniņu režīmu pēc medicīniskās pārbaudes **sporta ārsts izsniedz manam bērnam.**

Piekrītu:	Nepiekrītu:
-----------	-------------

Esmu informēts/-a, ka man ir brīva izvēle piekrist vai nepiekrīst, kā arī savu doto piekrišanu varu atsaukt jebkurā brīdī, un piekrišanas nesniegšana, ka arī tās atsaukšana man/manam bērnam neradīs nelabvēlīgas sekas. *Nepiekrišanas gadījumā minēto dokumentu/-us nepilngadīga sportista vai bērna (līdz 14 gadu vecumam) likumiskais pārstāvis var ierasties saņemt klātienē vai ierakstītā pasta sūtījumā.*

Sportists _____, dzimšanas datums ____/____/_____
(Vārds, uzvārds) (dd/mm/gggg) (paraksts)

Sportista vecāks/likumiskais pārstāvis: _____
(Vārds, uzvārds) (dd/mm/gggg) (paraksts)

Informācija par veselības aprūpes pakalpojumiem pieejama VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” (turpmāk – BKUS) mājas lapā www.bkus.lv sadaļā Sporta medicīna.