



государственное
бюджетное учреждение
Нижегородской области
«Врачебно-физкультурный
диспансер»

603041, г. Нижний Новгород,
ул. Красных партизан, 8а
т. (831) 293-51-36
тел. факс (831) 293-37-04

№ _____
на № _____ от _____

Руководителям

Физкультурно-спортивных организаций

О медицинских осмотрах

ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО

На основании закона РФ № 323 от 21.11.2011г. ст. 13 «Соблюдение врачебной тайны» для проходящих медицинские осмотры в медицинских учреждениях несовершеннолетних детей, необходимо получить согласие одного из родителей или его законного представителя.

Согласие должно быть оформлено в определенной форме.

В связи с этими обстоятельствами, ГБУ НО «Врачебно-физкультурный диспансер» считает необходимым: всем руководителям физкультурно-спортивных организаций организовать оформление соответствующих документов и получить разрешение на медицинские осмотры спортсменов, занимающихся в возглавляемой вами физкультурно-спортивной организации

Несовершеннолетние спортсмены, не имеющие требуемого разрешения, к медицинским осмотрам допускаться не будут с 01.09.2013г.

Образцы прилагаются.

Данное условие приема спортсменов вступает в силу с 01.09.13г.

Администрация ГБУ НО «ВФД»

**Информированное добровольное согласие на оказание медицинских услуг в ГБУ НО «ВФД»
для спортсменов до 15 лет.**

Я, (ФИО полностью) _____

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

(ФИО. спортсмена)

- Поставлен/а известность о характере (виде) оказываемых медицинских услуг в ГБУ НО «ВФД»

- Добровольно даю свое согласие на оказание мне (представляемому) консультаций, осмотров (УМО), лечебно-диагностических обследований для допуска к занятиям спортом и, в соответствии с назначениями врача, лечебных и оздоровительных процедур: лекарственной терапии и других. Я готов при необходимости пройти дополнительные обследования в специализированных ЛПУ.

« _____ » _____ 20 ____ г.

Подпись пациента _____ / _____ /

Подпись законного представителя _____ / _____ /

Расписался в моем присутствии:

Врач _____ (подпись) _____
(должность, ФИО)

**Информированное добровольное согласие на оказание медицинских услуг в ГБУ НО «ВФД»
для спортсменов до 15 лет.**

Я, (ФИО полностью) _____

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

(Ф.И.О. спортсмена)

- Поставлен/а известность о характере (виде) оказываемых медицинских услуг в ГБУ НО «ВФД»

- Добровольно даю свое согласие на оказание мне (представляемому) консультаций, осмотров (УМО), лечебно-диагностических обследований для допуска к занятиям спортом и, в соответствии с назначениями врача, лечебных и оздоровительных процедур: лекарственной терапии и других. Я готов при необходимости пройти дополнительные обследования в специализированных ЛПУ.

« _____ » _____ 20 ____ г.

Подпись пациента _____ / _____ /

Подпись законного представителя _____ / _____ /

Расписался в моем присутствии:

Врач _____ (подпись) _____
(должность, ФИО)