



Informovaný souhlas s poskytováním informací o zdravotním stavu hráče a použitím elektroléčebného přístroje BTL – 4825 S PREMIUM

Jméno hráče:

Jméno zákonného zástupce:

Jméno a adresa praktického lékaře hráče:
.....

Určené osoby, kterým informace o zdravotním stavu mého syna sdělím:

Jméno a příjmení: **Helena Žilinská DiS.**
Fyzioterapeut

Jméno a příjmení: **Mgr. Marek Vait**
Šéftrenér

Dokumenty, které určeným osobám poskytnu:

- Zdravotní dotazník hráče RFA ANO – NE
- Kopie platné sportovní prohlídky ANO – NE
- Výpis zdravotní karty od pediatra ANO – NE
- Kopie průkazu pojištěnce ANO – NE

Určená osoba může:

- Nahlížet do zdravotnické dokumentace ANO – NE

Použití elektroléčebného přístroje BTL – 4825S PREMIUM

- Souhlasím, že v případě potřeby může být můj syn/ dcera ošetřena tímto přístrojem proškoleným terapeutem.
ANO – NE

1. Já, níže podepsaný(á) souhlasím s poskytováním informací o zdravotním stavu mého syna za účelem zkvalitnění zdravotní péče v **Regionální fotbalové akademii Ústeckého kraje**.
2. Informoval(a) jsem určené osoby o všech lécích, předchozích úrazech a dalších závažných zdravotních událostech, které můj syn doposud prodělal.
3. Porozuměl(a) jsem tomu, že poskytnutí informací o zdravotním stavu mého syna mohu odmítnout nebo kdykoliv odvolat.
4. Osobní data mého syna budou uchována s plnou ochranou důvěrnosti dle platných zákonů ČR. Do zdravotní dokumentace mého syna budou moci na základě mého uvedeného souhlasu za účelem ověření získaných údajů nahlédnout zástupci: (označte křížkem vybrané)

RFA Ústeckého kraje FAČRu, mateřského klubu hráče

Pro tyto případy je zaručena ochrana důvěrnosti osobních dat. Pro výzkumné, vědecké a publikační účely mohou být osobní údaje mého syna poskytnuty pouze bez identifikačních údajů (anonymní data) nebo s mým 26vyslovným souhlasem.

Prohlašuji, že jsem byl seznámen a poučen o svých právech. **V Teplicích** dne

.....
podpis zákonného zástupce

.....
za RFA Ústeckého kraje