



ПРАВИТЕЛЬСТВО САНКТ-ПЕТЕРБУРГА
**КОМИТЕТ
ПО ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЕ И СПОРТУ**

ул. Миллионная, 22, Санкт-Петербург, 191186
Тел.: (812) 312-1541 Факс: (812) 315-9795
E-mail: kfis@gov.spb.ru
http://www.gov.spb.ru
ОКПО 00087082 ОКОГУ 23360 ОГРН 1037843031214
ИНН/КПП 7803050795/784101001

**Директору
СПб ГБОУ ДОД СДЮСШОР
по шахматам и шашкам**

А.А. Никифорову

№ _____

КФКис
№ 01-19-1530/16-0-0
от 31.08.2016



Т _____

Уважаемый Александр Александрович!

В соответствии с «Планом проведения СПб ГБУЗ «Городской врачебно-физкультурный диспансер» углубленного медицинского осмотра спортсменов на 2016-2017гг.», согласованным с Комитетом по физической культуре и спорту 24.06.2016, углубленное медицинское обследование (далее – УМО) занимающихся ГБОУ ДОД СДЮСШОР по шахматам и шашкам (далее - СДЮСШОР по шахматам и шашкам) будет проведено отделениями спортивной медицины № 1 и № 4 СПб ГБУЗ «Городской врачебно-физкультурный диспансер» (далее - ГБОУ ДОД «ГВФД») в соответствии с уровнем спортивной квалификации занимающихся (спортивным разрядом), этапом спортивной подготовки и согласно общей численности спортсменов, указанной в представленной СДЮСШОР по шахматам и шашкам в 2016 году заявке, по графику:

:

Отделение спортивной медицины № 1

(заведующий отделением – Лисовская Зоя Ивановна, т. 272-14-25 доб. 207)

Сроки и время начала обследования	Вид спорта	Количество учащихся	Категория учащихся
07.10.2016 10-12.10.2016 Время: с 9.30	Шахматы Шашки	10 человек в день	Спортсмены до 1 спортивного (взрослого) разряда, Члены спортивных сборных команд по виду спорта до 1 спортивного разряда

Отделение спортивной медицины № 4

(заведующий отделением – Яблоков Станислав Владимирович, т. 272-14-25 доб. 264)

Сроки и время проведения	Вид спорта	Количество учащихся	Категория учащихся
13-17.03.2017 20-23.03.2017 Время: с 8.30	Шахматы шашки	по 10 человек в день	Спортсмены от 1 спортивного (взрослого) разряда и выше Члены спортивных сборных команд Санкт-Петербурга по виду спорта от 1 спортивного разряда и выше

020893

В.В.

от 01.09.16.

В целях качественного проведения УМО прошу:

Обеспечить явку в СПб ГБУЗ «ГВФД» спортсменов тренировочных групп, групп спортивного совершенствования и высшего спортивного мастерства в указанные в письме сроки и время (в связи с планируемым проведением клинико-лабораторных исследований – в состоянии «натошак»).

Спортсменам при себе иметь:

спортсменам в возрасте до 14 лет включительно «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» и «Согласие на обработку персональных данных пациента», подписанное родителями или его законными представителями;

полис обязательного медицинского страхования;

лицам старше 15 лет результаты флюорографического обследования органов грудной клетки (действительны в течение года);

копию медицинской карты/выписку из медицинской карты развития ребенка - при первичной постановке на учет в СПб ГБУЗ «ГВФД», результаты ранее проведенных исследований (эхокардиографии, электроэнцефалографии).

УМО занимающихся в группах начальной подготовки, общей численностью спортсменов согласно представленной СДЮСШОР по шахматам и шашкам в 2016 году заявке, будет проведено в СПб ГБУЗ «ГВФД» по графику:

Отделение спортивной медицины № 1

(заведующий отделением – Лисовская З.И., т. 272-14-25 доб. 207)

Сроки и время начала обследования	Вид спорта	Количество учащихся	Категория учащихся
06-07.10.2016 12-13.10.2016 Время: с 14.00	Шахматы шашки	по 17 человек в день	Учащиеся групп начальной подготовки общей численностью спортсменов согласно представленной СДЮСШОР по шахматам и шашкам в 2016 году заявке

В целях качественного проведения УМО прошу:

Обеспечить явку для прохождения УМО занимающихся в группах начальной подготовки в указанные сроки с 14 часов:

Спортсменам иметь при себе:

спортсменам в возрасте до 14 лет включительно «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» и «Согласие на обработку персональных данных пациента», подписанное родителями или его законными представителями;

копию медицинской карты/выписку из медицинской карты развития ребенка (амбулаторную карту), результаты клинического анализа крови, клинического анализа мочи - при первичной постановке на учет в СПб ГБУЗ «ГВФД», результаты ранее проведенных исследований (эхокардиографии, электроэнцефалографии);

полис обязательного медицинского страхования.

Не позднее чем за 10 дней до проведения УМО ответственному за организацию проведения УМО в СДЮСШОР по шахматам и шашкам представить в СПб ГБУЗ «ГВФД» список занимающихся, подлежащих УМО, отдельно по каждой категории спортсменов, и согласовать все вопросы по проведению обследования.

Список спортсменов, подлежащих УМО, должен обязательно включать сроки проведения обследования по дням, Ф.И.О., вид спорта, спортивную квалификацию (разряд) и т.д.

Список должен быть оформлен в соответствии с Приложением к настоящему письму, подписан руководителем и заверен печатью учреждения.

В случае наличия у спортсменов данных клинико-диагностических исследований (результаты клинического анализа крови, клинического анализа мочи, биохимического анализа крови), выполненных спортсменами в иных медицинских организациях в сроки не позднее, чем за 30 дней до даты проведения УМО, результаты проведенных клинико-диагностических исследований могут быть представлены спортсменами при обращении в СПб ГБУЗ «ГВФД».

По вопросам организации проведения УМО спортсменов в зависимости от вида спорта и спортивной квалификации следует обращаться к заведующим отделениями спортивной медицины, ответственным за организацию УМО в СПб ГБУЗ «ГВФД».

Контактные телефоны:

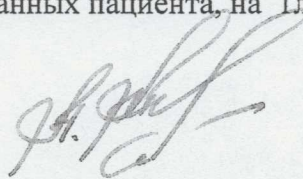
Отделение спортивной медицины № 4 - заведующий отделением – Яблоков Станислав Владимирович, т. 272-14-25 доб. 264.

Отделение спортивной медицины № 1 - заведующий отделением – Лисовская Зоя Ивановна, т. 272-14-25 доб. 207.

Приложения:

1. Образец оформления списка спортсменов, подлежащих УМО, на 1л. в 1экз.
2. 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, на 1л. в 1экз.
3. Согласие на обработку персональных данных пациента, на 1л. в 1экз.

Заместитель председателя Комитета



А.Б.Перельман

Список спортсменов, подлежащих прохождению углубленного медицинского обследования (УМО)
в СПб ГБУЗ «Городской врачебно-физкультурный диспансер» в 2016/2017 учебном году

1. Список спортсменов, имеющих 1 спортивный разряд и выше по виду спорта

Дата прохождения УМО	Вид спорта	№ п/п	Ф.И.О. спортсмена	Дата рождения	Спортивный разряд	Член спортивной сборной СПб	Этап и год спортивной подготовки	Тренер

2. Список спортсменов до 1 спортивного разряда по виду спорта

Дата прохождения УМО	Вид спорта	№ п/п	Ф.И.О. спортсмена	Дата рождения	Спортивный разряд	Член спортивной сборной СПб	Этап и год спортивной подготовки	Тренер

3. Список спортсменов групп начальной подготовки (НП 1,2)

Дата прохождения УМО	Вид спорта	№ п/п	Ф.И.О. спортсмена	Дата рождения	Спортивный разряд	Этап и год спортивной подготовки	Тренер

Руководитель учреждения

М.П. / _____
Ф.И.О.

**Информированное добровольное согласие
на медицинские вмешательства при получении медико-санитарной помощи
для лиц, не достигших 15 лет**

Я _____ (фамилия, имя, отчество полностью)

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет:

Я, _____, выдан _____ паспорт: _____
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)
ребенка: _____
Ф.И.О. ребенка полностью, год рождения _____

проходя медицинское обследование добровольно даю свое согласие на:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпацию, перкуссию, аускультацию, риноскопию, фарингоскопию, непрямую ларингоскопию.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрию.
5. Тонометрию.
6. Проведение пробы с физической нагрузкой.
7. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
8. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
9. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
10. Лабораторные методы исследования.
11. Функциональные методы исследования, в том числе электрокардиографию, электрокардиографию с физической нагрузкой, спирометрию, по назначению врача, реоэнцефалографию, реовазографию, эхокардиографию, электромиографию, плантографию.
12. По назначению врача рентгенологические методы обследования, в том числе рентгенографию, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
13. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.
14. Медицинский массаж.
15. Лечебная физкультура.

Подтверждаю, что я ознакомлен (ознакомлена) с характером предстоящих мне обследований. Мне разъяснены, и я понимаю особенности и ход предстоящего обследования и лечения.

Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем моего ребенка, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных травмах, операциях, заболеваниях, принимаемых лекарственных средствах. Сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности.

Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие проведение медицинского обследования.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 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)

_____ (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

" ____ " _____ 20__ года. Подпись пациента

Расписался в моем присутствии: Врач _____

_____ (Должность, И.О. Фамилия)

_____ (подпись)

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных для лиц не достигших 15 лет

Я, нижеподписавшийся (аяся) _____

Паспорт серия _____ № _____ выдан _____ (Ф.И.О. полностью) _____
Проживающий по адресу: _____ дата выдачи _____
По месту регистрации _____
Телефон _____

Реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия представителя (при получении согласия от представителя субъекта персональных данных) _____

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона РФ от 27.07.2006 N152-ФЗ "О персональных данных", статьи 13 Федерального закона РФ от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" я подтверждаю свое согласие на обработку Санкт-Петербургским государственным бюджетным учреждением здравоохранения «Городской врачебно-физкультурный диспансер» (191028, г. Санкт-Петербург, наб. р. Фонтанки, д.18) (далее - Оператор) моих персональных данных, персональных данных представляемого мною лица (несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным) (Ф.И.О.), _____

включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса ОМС, страхового номера индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), место работы, (учебы, занятий спортом), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, биометрических данных и другую информацию - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, осуществление иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора, при условии сохранения врачебной тайны (или - при условии, что эта обработка осуществляется лицом, уполномоченным оператором и обязанным сохранять профессиональную тайну).

В процессе оказания Оператором мне (представляемому мною лицу) медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные (персональные данные представляемого мною лица), в том числе составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования, лечения и внутреннего учета Оператора.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу (в страховую медицинскую организацию, организацию - заказчика медицинских услуг в рамках заключенных договоров), обезличивание, блокирование, уничтожение.

Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом. Оператор имеет право обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договору ДМС, договору оказания платных медицинских услуг; осуществлять обмен (прием и передачу) персональными данными со страховой медицинской организацией, организацией - заказчиком медицинских услуг во исполнение своих обязательств по договору ДМС, договору оказания платных медицинских услуг с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и (или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну (служебную) тайну. Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты). Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Настоящее согласие действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, направленного мною 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. Я даю согласие / не даю согласие (нужное подчеркнуть, ненужное зачеркнуть) Оператору свое согласие на использование персональных данных в целях информирования меня с помощью средств связи путем пересылки мне SMS-сообщений: напоминание о записи на прием к специалисту или исследование (на указанный мною номер мобильного телефона), на пересылку информации о состоянии здоровья представляемого мною лица (результаты дополнительных методов обследования и др.) через незащищенные каналы связи (электронная почта), для чего собственноручно пишу адрес электронной почты и телефон, на который разрешаю Оператору высылать данные о состоянии здоровья и иные сведения:
E-mail: _____ Телефон: _____

Подпись субъекта персональных данных
(или его законного представителя) _____

Дата: « ____ » _____ 20__