INFORMOVANÝ SOUHLAS KLIENTA K VYŠETŘENÍ

Vyšetření zahrnuje následující položky:

☐ Odběr krve ☐ Zátěžový test ☐ Diagnostika síly ☐ Dietologické vyšetření ☐ Opakované nutriční konzultace

☐ Fyzioterapeutické vyšetření ☐ Podologické vyšetření ☐ Biomechanické vyšetření ☐ Vícedenní odběry kapilární krve

Prohlášení:

- Prohlašuji, že jsem byl(a) srozumitelně a dostatečně informován(a) o účelu, povaze, průběhu, možných přínosech a rizicích výše uvedených vyšetření prováděných na CASRI.
- Byl(a) jsem informován(a), že vyšetření slouží pouze k hodnocení fyzické kondice, zdravotních parametrů a sportovní výkonnosti a nenahrazuje komplexní lékařské vyšetření ani individuální zdravotní péči.
- Beru na vědomí, že vyšetření může zahrnovat fyzickou zátěž a odběry biologického materiálu a že mohou nastat přechodné obtíže, zejména únava, závratě, kolaps, bolest nebo vznik hematomu v místě odběru.
- Byl(a) jsem informován(a), že alternativou k vyšetření je jeho neprovedení nebo využití jiných metod hodnocení zdravotního stavu či sportovní výkonnosti.
- Potvrzuji, že jsem nezamlčel(a) žádné podstatné informace o zdravotním stavu, které by mohly mít vliv na bezpečnost vyšetření.
- Prohlašuji, že jsem měl(a) možnost klást doplňující otázky a že mi byly dostatečně zodpovězeny.
- Jsem si vědom(a), že mohu vyšetření kdykoliv přerušit.
- V případě vzniku neočekávaných komplikací souhlasím s poskytnutím nezbytné neodkladné péče.
- Beru na vědomí, že výsledky vyšetření představují odborné doporučení a nenahrazují individuální lékařskou péči.
- Potvrzuji, že jsem byl(a) seznámen(a) se specifickými informacemi k jednotlivým vyšetřením, včetně jejich průběhu, doporučení, možných rizik a kontraindikací.

Souhlas s pořízením a užitím fotografií a videozáznamů

Tímto uděluji souhlas organizaci **CASRI – Vědecké a servisní pracoviště tělesné výchovy a sportu p.o.** s pořízením a užitím fotografií a/nebo videozáznamů zachycujících mou osobu v rámci aktivit organizovaných CASRI, a to za účelem propagace a prezentace činnosti CASRI, zejména na webových stránkách, sociálních sítích a v prezentačních materiálech. Souhlas uděluji bezúplatně a na dobu neurčitou, s vědomím, že jej mohu kdykoliv odvolat. Odvolání souhlasu nemá vliv na zpracování provedené před jeho odvoláním. Prohlašuji, že jsem byl(a) informován(a) o zpracování osobních údajů a svých právech dle platných právních předpisů, zejména dle GDPR.

Souhlas:

Svým podpisem potvrzuji, že jsem byl(a) plně informován(a) o průběhu, účelu, přínosech, alternativách a možných rizicích vyšetření na CASRI, uvedeným informacím jsem porozuměl(a) a **souhlasím s jeho provedením** (v případě nezletilého přiměřeně svému věku).

Jméno klienta: _____

Datum narození: _____

Aktuální zařazení do systému vrcholového sportu:

☐ Nejsem zařazen do sportovního výběru
☐ Sportovní centrum mládeže (SCM)
☐ Juniorská reprezentace (JUN)
☐ Seniorská reprezentace (SEN)
☐ Rezortní sportovec - Dukla
☐ Rezortní sportovec - Olymp
☐ Rezortní sportovec - Victoria

Datum: _____ **Podpis klienta:** _____

Svým podpisem potvrzuji, že jsem byl(a) plně informován(a) o průběhu, účelu, přínosech, alternativách a možných rizicích vyšetření na CASRI, uvedeným informacím jsem porozuměl(a) a jako zákonný zástupce nezletilého uděluji souhlas s provedením výše uvedeného vyšetření nezletilého.

Datum: _____ **Podpis zákonného zástupce:** _____

ROZŠÍŘENÍ SOUHLASU PRO PŘENOS VÝSLEDKŮ Z VYŠETŘENÍ TŘETÍ STRANĚ

1. Souhlasím s předáním výsledků a osobních údajů nezletilého / mých vlastních údajů trenérovi:

…… na e-mail: ……

za účelem vyhodnocení tréninkového procesu a optimalizace sportovní přípravy.

Souhlasím: ☐ ANO ☐ NE

2. V souladu se zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů SOUHLASÍM s poskytnutím výsledků biochemického laboratorního vyšetření společnosti Blooberry.Health Project s.r.o., k rukám MUDr. Petra Vaita, lékaře na pozici Chief Medical Officer. Rozumím tomu, že určení osoby nebo vyslovení zákazu poskytovat informace o zdravotním stavu mohu kdykoliv odvolat.

Souhlasím: ☐ ANO ☐ NE

Podpis klienta / zákonného zástupce: _____