**טופס ויתור על סודיות רפואית**

אני החתום מטה הוריו \ אפוטרופסו של הגוש \ת השייט\ת \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(להלן הספורטאי) נותנים לכם בזה רשות למסור לצורך טיפול, לכל רופא ו\או אחות ו \או פיזיותרפיסט, תזונאי \ פזיולוג \ מטפל אחר שיימנו עם הצוות הרפואי של מכון וינגייט \ הועד האולימפי \ איגוד השייט \ היחידה לספורט הישגי כעת או בעתיד, את כל הנתונים הרפואיים המופיעים בתיקו הרפואי או בכרטיס הבריאות של הספורטאי, כפי שמנוהל במרכז לרפואת ספורט במכון וינגייט \ בועד האולימפי \ ביחידה לספורט הישגי.

אנו מוותרים על סודיות רפואית כלפי אנשי הצוות הרפואי הנ"ל. לא תהיינה לנו אליכם כל טענה או תביעה מסוג כל שהו בקשר לנ"ל.

אנו מסכימים כי פרטים רפואיים מסויימים של הספורטאי יועברו לצוות המאמנים ו \ או לאנשי סגל היחידה לספורט הישגי, איגוד השייט או הועד האולימפי וזאת לפי שיקול דעתם של הגורמים הרפואיים המטפלים בספורטאי, לעיתים גם מבלי לידע ישירות את ההורים קודם או בהמשך.

אנו מודעים לכך שלעיתים ימסרו לנו נתונים רפואיים על-יד הספורטאי עצמו, שלא בכל מקרה של בדיקה או טיפול יתקשר איש הצוות הרפואי לדווח לנו על הממצאים או ההמלצות.

אנו מודעים לכך שבאפשרותנו לפנות לאנשי הצוות הרפואי במרכז לרפואת ספורט ולמחקר בוינגייט ולהתעדכן בכל עניין הקשור בספורטאי. ולכך שבאפשרותנו לפנות לכל גורם רפואי או פרא רפואי גם מחוץ למרכז לרפואת ספורט ולמחקר בוינגייט וללא קשר ללווי הרפואי אותו מקבל בננו \ ביתנו במסגרת היותו ספורטאי\ת בסגל האולימפי \ סגל הישגי אחר. אנו מבינים שכל פניה לגורם חיצוני תעשה על אחריותנו בלבד ומתחייבים לדווח לרופאת הסגל על כל פניה לטיפול, בדיקה או יעוץ מסוג זה. בנוסף, אנו מתחייבים להעביר סיכום רפואי כתוב מהרופא \ היועץ \ המטפל כפי שניתן לנו לאחר הבדיקה \ היעוץ וכן סיכום כתוב מהגורם המטפל לגבי טיפולי פזיותרפיה או טיפולים דומים דוגמת כירופרקטיקה, דיקור או אחרים.

שם האב\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_שם האם\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מס' זהות\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_מס' זהות\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

כתובת\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

חתימת האב\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_חתימת האם\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

תאריך\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**אישור נטילה, ודווח על נטילה של תרופות:**

על פי הנחיות הועד האולימפי והועדה למניעת סימום בספורט, על הספורטאים לקבל אישור לנטילה של תרופות שהוגדרו "אסורות". בנוסף לתרופות שונות תיתכן השפעה על פעילות גופנית והעיסוק בפעילות אינטנסיבית ובפעילות בשמש יכול להיות קשור להופעת תופעות לואי מתרופות.

אי לכך אנו מבקשים שתחתמו על ההצהרה הבאה:

אני הח"מ, הוריו \ אפוטרופסו של הספורטאי \ת\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. מאשרים בזאת כי התלמיד\ה אינו נוטל תרופות באופן קבוע. מתחייבים להודיע לרופאת הסגל באם יתחיל \ תתחיל ליטול תרופות או תוספים מכל סוג.
2. מדווחים בזאת כי הספורטאי \ת נוטל \ת באופן קבוע את התרופות הבאות:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שם האם\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מס/ זהות\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

כתובת\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

חתימת האם\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שם האב\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מס/ זהות\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

כתובת\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

חתימת האב\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

תאריך\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**אישור לטיפולים ובדיקות רפואיים ופרא רפואיים:**

אני הח"מ, הוריו \ אפוטרופסו של הספורטאי \ת\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ת.ז. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ נותנים בזאת רשות לאנשי הצוות הרפואי והפרא-רפואי של המרכז לרפואת ספורט במכון וינגייט שהם בעלי התואר וההכשרה המתאימה לבדוק את הספורטאי ולטפל בו במידת הצורך (וזאת לעיתים גם מבלי להודיע לנו ולקבל את אישורנו לכל בדיקה \ טיפול בנפרד), כולל:

1. בדיקה וטיפול רפואיים על ידי רופא, רופא ספורט, אורתופד או חובש באופן דחוף ו \ או מתוכנן. כולל ראיון רפואי, בדיקה גופנית, ביצוע בדיקות נוספות (שתן, צואה, דם, אק"ג, הדמיה וכדומה), לפי הצורך. אנו מאשרים גם הפניה דחופה להמשך טיפול, על פי הצורך ושיקול הדעת הרפואי.
2. בדיקה וטיפול פיזיותרפי, על ידי פיזיותרפיסט, כולל טיפולים מנואליים, טיפול בעזרת מכשירים, דיקור מערבי וכל טיפול אחר על פי הכשרתו של המטפל ולפי שיקול דעתו.
3. הערכה, בדיקה והתערבות תזונאית, כולל התערבות בקביעת התפריט, תזמון הארוחות וכדומה.
4. בדיקה והערכה פיזיולוגית וכן ביצוע בדיקות ייעודיות ומתן הנחיות לאימונים.
5. הערכה, בדיקה וטיפול פסיכולוגי על ידי פסיכולוג ספורט או יועץ מנטלי אחר, בעל ההכשרה המתאימה.
6. בדיקות נוספות, דוגמת תשאול ורישום שינה, בדיקות יכולת גופנית, בדיקות הידרציה, הערכת עומסים, הערכת תפקוד וכדומה.

שם האם\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מס/ זהות\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

כתובת\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

חתימת האם\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שם האב\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מס/ זהות\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

כתובת\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

חתימת האב\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

תאריך\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_