

## Poučenie a písomný informovaný súhlas testovanej osoby

Testovanie výkonnosti je vykonávané za účelom zlepšenia výkonnosti.

Dolu podpísaný(á) ....., narodený(a) dňa..... potvrdzujem svojím podpisom, že osobe vykonávajúcej testovanie výkonnosti alebo fyzioterapiu, som pri poskytnutí informácií v súvislosti s testovaním výkonnosti alebo fyzioterapie nezatajil(a) žiadne vážnejšie ochorenie ani ťažkosti, pre ktoré som sa v minulosti liečil(a), prípadne ktoré mi bolo v minulosti diagnostikované.

Zároveň svojím podpisom potvrdzujem, že som bol(a) pred dnešným testovaním výkonnosti alebo fyzioterapiou informovaný(á) o povahe testovania alebo terapie, o dôvode, účele, spôsobe a možnostiach testovania výkonnosti alebo fyzioterapie, ktoré mi má byť poskytnuté, vrátane diagnostických alebo terapeutických postupov, ako aj o možných následkoch a možných rizikách spojených s testovaním výkonnosti alebo fyzioterapiou.

Zároveň som bol/a informovaný, že moje osobné údaje nebudú v zmysle nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EU) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov), poskytnuté tretím osobám.

Bol(a) som tiež poučený(á) o možnostiach voľby navrhovaných postupov, ako aj o rizikách testovania výkonnosti alebo fyzioterapie. Poučenie mi bolo poskytnuté zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť.

Na základe predchádzajúceho poučenia dávam týmto svojím podpisom súhlas s vykonaním testovania výkonnosti alebo fyzioterapie, ktorému predchádzalo vyššie uvedené komplexné poučenie. Prečítal/a som si a pochopil/a obsah informovaného súhlasu, na prípadné nejasnosti som sa mohol/a opýtať a boli mi objasnené. Dotazník som vyplnil/a pravdivo. Beriem na vedomie a zodpovednosť možné riziko a komplikácie, ktoré môžu nastať počas testovania alebo terapie a bezprostredne po testovaní alebo terapii. Nezamlčal/a som žiadne mne známe údaje o svojom zdravotnom stave, ktoré by mohli nepriaznivo ovplyvniť môj zdravotný stav počas a po skončení testovania alebo terapie.

V ..... dňa ..... čas .....

podpis osoby, ktorá je objektom testovania výkonnosti alebo fyzioterapie (resp. zákonného zástupcu):

.....

podpis a odtlačok pečiatky osoby vykonávajúcej testovanie výkonnosti alebo fyzioterapie:

.....

\*Pozn.: Športovci do 18 rokov prinesú dokument podpísaný zákonným zástupcom pri každom vyšetrení!