MAŁOPOLSKI ZWIĄZEK BOKSERSKI

WNIOSEK / ZGŁOSZENIE ZAWODNIKA NA KONSULTACJĘ MEDYCZNĄ

w ramach współpracy barterowej Małopolskiego Związku Bokserskiego ze Szpitalem Dworska

Formularz wypełnia elektronicznie trener zawodnika. Po opisaniu problemu zdrowotnego i wskazaniu proponowanego zakresu konsultacji, wniosek przekazywany jest do konsultanta medycznego MZB, który podejmuje decyzję o rodzaju i zakresie finansowanych świadczeń oraz przekazuje ją do Zarządu MZB w celu skierowania zawodnika do Szpitala Dworska.

1. Dane zgłaszającego (trenera)

Imię i nazwisko trenera	*wpisz imię i nazwisko*
Klub / sekcja	*nazwa klubu*
Telefon kontaktowy	*numer telefonu*
Adres e-mail	*adres e-mail*
Data złożenia wniosku	*dd-mm-rrrr*

2. Dane zawodnika

Imię i nazwisko zawodnika	*wpisz imię i nazwisko*
Data urodzenia	*dd-mm-rrrr*
Kategoria wagowa	*np. do 63,5 kg*
Klub	*nazwa klubu*
Numer licencji PZB / MZB	*numer licencji*
Status zawodnika	*np. kadra Małopolski / kadra Polski / junior*

3. Opis problemu zdrowotnego / powód zgłoszenia

Trener opisuje okoliczności powstania urazu/dolegliwości, obszar ciała, objawy, wpływ na możliwość treningu i startów oraz dotychczas podjęte działania (np. udzielona pomoc doraźna).

Opisz szczegółowo problem zdrowotny zawodnika...	
Data wystąpienia urazu / objawów	*dd-mm-rrrr*
Okoliczności (trening / zawody / inne)	*opisz*

	okoliczności
Czy udzielono pomocy doraźnej?	*TAK / NIE - jeśli tak, jakiej*

4. Proponowany zakres konsultacji / wnioskowane świadczenia

Trener wskazuje, jakiego rodzaju konsultacji lub badań wymaga zawodnik (do ostatecznej decyzji konsultanta medycznego MZB).

Rodzaj konsultacji (np. ortopeda, neurolog, USG, RTG, rehabilitacja)	*wskaż proponowany rodzaj konsultacji / badania*
Proponowany termin / pilność	*np. tryb pilny / w ciągu 2 tygodni*
Uwagi dodatkowe	*ewentualne dodatkowe informacje*

5. Decyzja konsultanta medycznego MZB (wypełnia MZB)

Poniższą część wypełnia konsultant medyczny Małopolskiego Związku Bokserskiego po analizie zgłoszenia.

Zatwierdzony rodzaj konsultacji / badań	
Zakres finansowania (MZB / barter Szpital Dworska)	
Placówka Szpitala Dworska	
Termin realizacji	*dd-mm-rrrr*
Imię i nazwisko konsultanta medycznego	
Data i podpis konsultanta medycznego	

6. Oświadczenia i zgody

☐ Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.

☐ Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawodnika w celu realizacji konsultacji medycznej w ramach współpracy MZB ze Szpitalem Dworska.

☐ W przypadku zawodnika niepełnoletniego – zgoda opiekuna prawnego została uzyskana i jest przechowywana przez klub.

podpis trenera miejscowość, data

Wniosek prosimy przesłać w formie elektronicznej na adres e-mail podany na stronie Małopolskiego Związku Bokserskiego w sekcji „Opieka medyczna dla zawodników”.