

Oświadczenie

Kwalifikacje – badania lekarskie w związku z orzekaniem o zdolności do uprawiania sportu, realizowane przez poradnie medycyny sportowej, posiadające kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia, wykonywane są na podstawie skierowania wydanego przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej i udzielane są cyklicznie, co 6 miesięcy, rozpoczynając od badania wstępnego.

Wstępna kompleksowa kwalifikacja lekarska do uprawiania sportu (pierwsze badanie), może być udzielana tylko raz na rzecz danego sportowca-pacjenta i tylko przez jedną przychodnię realizującą świadczenie.

Okresowe kompleksowe kwalifikacje lekarskie do uprawiania sportu, wykonywane cyklicznie, w różnym zakresie konsultacji i procedur medycznych, mogą być udzielane na rzecz danego sportowca – pacjenta, po odpowiednim okresie od poprzedniego badania, tylko w jednej przychodni realizującej świadczenie.

Powyższe zasady nie ograniczają możliwości zmiany świadczeniodawcy –poradni medycyny sportowej. Jednak dla prawidłowości wykonania umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, konieczne jest przestrzeganie terminów i zakresu świadczeń.

Celem tego oświadczenia jest zebranie kompetentnej informacji, czy nie występuje konflikt z zasadami zaprezentowanymi powyżej. Jeżeli jednak złożone oświadczenie nie będzie zgodne z prawdą i Narodowy Fundusz Zdrowia odmówi sfinansowania świadczenia, Centralny Ośrodek Medycyny Sportowej może wystąpić z roszczeniem przeciwko osobie składającej oświadczenie.

Ja niżej

podpisana/podpisany _____

Imię i Nazwisko

Numer PESEL _____

Jako prawny opiekun _____

podopiecznej/ podopiecznego

Niniejszym oświadczam, że:

1. Jest to *pierwsze* (niezależnie od miejsca) / Jest to *kolejne* (niezależnie od miejsca)*

badanie lekarskie w związku z orzekaniem o zdolności do uprawiania sportu, wykonywane na podstawie skierowania wydanego przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, realizowane na rzecz moją/mojej podopiecznej/ mojego podopiecznego.

(jeżeli jest to kolejne badanie)

2. W ciągu ostatnich 24 miesięcy wyłącznie w Centralnym Ośrodku Medycyny Sportowej / w innej przychodni medycyny sportowej*, na rzecz moją/ mojej podopiecznej/mojego podopiecznego były realizowane okresowe badania lekarskie w związku z orzekaniem o zdolności do uprawiania sportu, wykonywane na podstawie skierowania wydanego przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

miejscowość, data

podpis osoby składającej oświadczenie

* *niepotrzebne skreślić*