

Медицинская регистрационная форма

Часть 1: Информация игрока (часть 1 заполняется игроком)

Фамилия: _____ Имя: _____

Жен. Муж. (выберите) Дата рождения (дд/мм/гггг): _____

Домашний адрес: _____
почтовый индекс, субъект РФ, город, улица

Телефон: _____ Мобильный: _____

Эл. почта: _____

Диагноз: (например, травма спинного мозга, мышечная дистрофия, последствия полиомиелита, spina bifida, ампутация, дисмелия, низкий рост и т.п.)

Дата возникновения поражения (дд/мм/гггг): _____

ГОДНОСТЬ (ПРАВО НА УЧАСТИЕ)

Я признаю и принимаю, что соблюдение правил годности имеет основополагающее значение для поддержания целостности тенниса на колясках необходимо проверить мое право на участие в соревнованиях.

- (i) Я согласен информировать, если мой уровень функционального поражения существенно улучшится.
- (ii) Я согласен с тем, что, если Комиссия по спортивно-функциональной классификации и классификаторы потребуют дополнительные доказательства и/или информацию и/или помощь в целях оценки моего права на участие (включая предварительные медицинские доказательства или иное), я должен предоставить и/или посодействовать предоставлению таких доказательств, информации и/или помощи за свой счет и в сроки, указанные Комиссией и/или классификатором, в зависимости от обстоятельств. Я также признаю и принимаю, что непредставление такой информации, доказательств и/или помощи в установленные сроки может задержать определение моего права на участие, и что в течении данного периода я не буду иметь права играть.
- (iii) Я согласен и подтверждаю, чтобы мой врач и/или соответствующие лица и/или организации раскрыли мою медицинскую информацию и документацию перед их соответствующими комитетами и/или соответствующими лицами в целях проверки моего права на участие в игре и другие соответствующие вопросы и даю свое согласие с тем, чтобы эта информация и вышеуказанная информация могут использоваться для этих целей. В этом отношении, я сознательно даю согласие на обработку персональных данных.

СОГЛАСИЕ ИГРОКА ПО ЧАСТИ 1:

Фамилия, имя спортсмена _____ Подпись _____ Дата _____

Родитель / сопровождающий _____ Подпись _____ Дата _____
(если спортсмен несовершеннолетний)

Часть 2: Должна быть заполнена и подписана сертифицированным медицинским специалистом

Медицинская диагностическая форма для тенниса на колясках

Примечание: Измерение поражения спортсмена, записанное во время процедуры оценки спортсмена должно соответствовать диагнозу, указанному ниже. Если медицинская документация неполная, классификаторы оставляет за собой право запросить дополнительную информацию. В случае непредоставления такой информации, спортсмену не будет разрешено пройти классификацию.

Информация игрока

Фамилия:		
Имя:		
Пол:	<input type="checkbox"/> Жен. <input type="checkbox"/> Муж.	Дата рождения: _____ (дд/мм/гггг)

Медицинская информация

Примечание: Список медицинских диагнозов показывает примеры и не является исчерпывающим. **Обратите внимание, что цифровые документы, используемые для подтверждения диагноза, ДОЛЖНЫ быть приложены для ВСЕХ игроков. Принятые форматы файлов включают в себя; PDF, JPEG, JPG, XLS DOC, простые текстовые файлы (.txt) любой файл, совместимый с Mac и Windows.**

Годное поражение (отметить)	Медицинский диагноз, соответствующий типу поражения (выбрать или добавить)	Цифровые документы, подтверждающие диагноз (выбрать или добавить)
<input type="checkbox"/> Поражение мышечной силы	<input type="checkbox"/> Травма спинного мозга <input type="checkbox"/> Мышечная дистрофия <input type="checkbox"/> Спина Бифида <input type="checkbox"/> Полиомиелит <input type="checkbox"/> Рассеянный склероз Другое _____ _____	<input type="checkbox"/> Медицинская справка <input type="checkbox"/> Шкала ASIA <input type="checkbox"/> Электромиография <input type="checkbox"/> МРТ <input type="checkbox"/> Рентген <input type="checkbox"/> Биопсия Другое _____ _____
<input type="checkbox"/> Поражение диапазона пассивных движений	<input type="checkbox"/> Артрогрипоз <input type="checkbox"/> Контрактура <input type="checkbox"/> Травма	<input type="checkbox"/> Медицинская справка <input type="checkbox"/> Рентген <input type="checkbox"/> Фотографии

	Другое _____ _____	<input type="checkbox"/> Гониометрические измерения ограниченных суставов
<input type="checkbox"/> Разница в длине ног	<input type="checkbox"/> Травма <input type="checkbox"/> Дистемелия Другое _____ _____	<input type="checkbox"/> Медицинская справка <input type="checkbox"/> Рентген <input type="checkbox"/> Фотографии Другое _____ _____
<input type="checkbox"/> Дефицит конечностей	<input type="checkbox"/> Дистемелия <input type="checkbox"/> Травматическая ампутация <input type="checkbox"/> Рак кости Другое _____ _____	<input type="checkbox"/> Медицинская справка <input type="checkbox"/> Рентген <input type="checkbox"/> Фотографии Другое _____ _____
<input type="checkbox"/> Атаксия <input type="checkbox"/> Атетоз <input type="checkbox"/> Гипертонус	<input type="checkbox"/> Церебральный паралич <input type="checkbox"/> Черепно-мозговая травма <input type="checkbox"/> Рассеянный склероз <input type="checkbox"/> Инсульт Другое _____ _____	<input type="checkbox"/> Медицинская справка <input type="checkbox"/> Модифицированная шкала Эшворда <input type="checkbox"/> МРТ головного мозга или КТ Другое _____ _____

Медицинская история

Состояние игрока	<input type="checkbox"/> Стабильное	<input type="checkbox"/> Прогрессирующее	<input type="checkbox"/> Изменяющееся	<input type="checkbox"/> Постоянное
Дата начала			(год)	<input type="checkbox"/> Врожденное
Прошлые лечения				
Текущее лечение				

Ожидаемое будущее лечение	
---------------------------	--

Дополнительные сведения о медицинском диагнозе (при необходимости):

Лекарства и причины назначения:

<input type="checkbox"/> Я подтверждаю, что вышеуказанная информация верна.	
ФИО врача:	
Медицинская специальность:	
Регистрационный номер (номер диплома врача):	
Адрес:	
Город:	Страна:
Телефон:	Эл. почта:
Дата:	Подпись: