**PACIENTO VALIOS PAREIŠKIMAS DĖL SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ**

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Pacientas (pildyti privaloma)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(vardas, pavardė, gimimo data)

Telefonas:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ El.paštas:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Atstovas (pildoma, kai pacientas nepilnametis arba atstovaujamas kitais atvejais):   
[ ] paciento atstovas pagal įstatymą** (tėvai, įtėviai, globėjai, rūpintojai)  **[ ] paciento atstovas pagal pavedimą** (įgaliojimas įforminamas Lietuvos Respublikos įstatymų numatyta tvarka)

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

(vardas, pavardė, ryšys su pacientu/įgaliojimo data, numeris)

***Nepasirašytas 1 ir 2 punktas reiškia, kad negalėsime teikti Jums planinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų, nes nepatvirtinate, kad susipažinote su būtina informacija.***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Eil. nr. | Pareiškimas | Paciento (jo atstovo) parašas | |
| Sutinku | Nesutinku |
| 1. | **Patvirtinu**, kad esu susipažinęs(-usi) su: informacija apie įstaigoje teikiamų mokamų, iš dalies mokamų paslaugų kainas ir galimybes jomis pasinaudoti, informacija apie nemokamas paslaugas ir galimybes jomis pasinaudoti, įstaigos vidaus tvarkos taisyklėmis, galimybę rinktis sveikatos priežiūros specialistą. |  |  |
| 2. | Savanoriškai atvykęs (-us) dėl ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros arba iškvietęs(-usi) į namus/globos įstaigą sveikatos priežiūros specialistą, patvirtinu kad **esu informuotas(/a) ir sutinku**, kad sveikatos priežiūros specialistas mane apžiūrėtų, įvertintų mano sveikatos būklę, paskirtų ir atliktų būtinas tyrimų ir gydymo procedūras. |  |  |
| 3. | **Sutinku,** kad man būtų teikiama visa informacija apie mano sveikatos būklę, ligos diagnozę, medicininių tyrimų duomenis, gydymo metodikas ir prognozę. |  |  |
| 4. | **Sutinku,** kad man telefonu ir/ar elektroniniu paštu būtų teikiama informacija apie man paskirtą šeimos gydytoją; numatytą vizito datą ir laiką; priminimai apie profilaktinius patikrinimus, prevencines programas. |  |  |
| 5. | **Sutinku,** kad kraujo paėmimas (iš piršto/venos) paskyrus gydytojui ar man pageidaujant būtų atliktas be atskiro man raštiško sutikimo. |  |  |
| 6. | **Sutinku,** kad nereikia atskiro mano sutikimo bet kokiai apžiurai ir tyrimui, kai nepažeidžiamas audinių vientisumas: burnos, ryklės, ausų, nosies, akių junginių, tiesiosios žarnos, makšties ertmių apžiūrai ir medžiagos tyrimams paėmimui iš šių vietų. |  |  |
| 7. | **Sutinku,** kad elektroniniu paštu ir/ar telefonu man būtų teikiama informacija apie naujas paslaugas. |  |  |
| 8. | **Sutinku,** dalyvauti mokymo procese ir mokymo tikslais leidžiu naudoti informaciją apie mano sveikatą diagnozę, taikomą gydymą. |  |  |
| 9. | **Sutinku,** gauti šeimos gydytojo komandos nario nuotolines sveikatos priežiūros paslaugas: skirti pakartotinus tyrimus, tęsti anksčiau paskirtų vaistinių preparatų ar medicinos pagalbos priemonių (įskaitant tuos, kurių išlaidos kompensuojamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis) skyrimą, paaiškinti atliktų tyrimų rezultatus ir pagal juos pakoreguoti gydymą. |  |  |
| 10. | **Sutinku,** kad mano identifikavimui bus naudojami šie mano asmens duomenys: vardas, pavardė, gimimo data, šeimos gydytojo vardas ir pavardė, asmens kodo paskutiniai 4 skaičiai, prisiregistravimo apytikslė data. Sutinku, kad telefonu ir (ar) el. paštu man būtų teikiama informacija apie man paskirtą vizito laiką, datą, paskirtus medikamentus, nustatytas diagnozes ir pan. |  |  |
| 11. | **Pildoma esant poreikiui**  **Sutinku,** kad informacija apie mano (mano atstovaujamo asmens) sveikatos būklę, diagnozes, taikomą gydymą ir medicininių tyrimų duomenis, prognozę ir kitą asmeninio pobūdžio informacija būtų teikiama šiems asmenims:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Vardas, pavardė, ryšys su pacientu, telefono Nr.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Vardas, pavardė, ryšys su pacientu, telefono Nr.  Informacijos teikimo terminas: iki\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ neribotai (pabraukti). |  |  |
| 12. | **Pildo tik tėvai (globėjai), esant poreikiui**  **Sutinku,** kad aukščiau nurodytas asmuo rūpintųsi paciento – mano sūnaus/dukros/globotinio asmens sveikatos priežiūros paslaugų suteikimu VšĮ Rokiškio PASPC: registruotų, atvestų pas sveikatos priežiūros specialistą, gautų visą informaciją apie paciento sveikatą ir teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas |  |  |

Bet kuriuo metu galite atšaukti bet kurį šiame valios pareiškime išreikštą sutikimą nenurodant atsisakymo priežasčių. Kreiptis į padalinio, kuriame pasirašėte valios pareiškimą, registratūrą.

Asmens sveikatos priežiūros specialistas\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(vardas,pavardė/spaudas, parašas)