**PACIENTO (JO ATSTOVO) ATSISAKYMO SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ LAPAS**

Aš\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Vardas, pavardė, gimimo data)

**ATSISAKAU (tinkamą įrašyti)**:

Gydymo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Tyrimo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Vakcinacijos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Kitos medicininės pagalbos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Vykti gydytojo konsultacijai \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Prieš pasirašant šį atsisakymą man buvo paaiškinta apie atsisakymo galimas pasekmes. Pasirašydamas(-a) šį atsisakymą patvirtinu, kad su galimais sveikatos būklės pokyčiais, komplikacijomis susipažinau ir **visiškai prisiimu atsakomybę** už tolimesnę sveikatos būklę.

*Žinau, kad bet kada galiu pakeisti savo nuomonę ir sutikti atlikti man siūlomas sveikatos priežiūros paslaugas.*

Data Parašas