PATVIRTINTA

VšĮ Rokiškio PASPC

Direktoriaus\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2019 m.\_\_\_\_\_\_mėn.\_\_\_d.

įsakymu Nr.

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

(įstaigos pavadinimas, kodas, adresas, telefonas)

**PACIENTO ( JO ATSTOVO) SUTIKIMAS DĖL ODONTOLOGINĖS**

**PRIEŽIŪROS (PAGALBOS) PASLAUGŲ TEIKIMO**

20\_\_\_\_m. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ d.

Aš \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sutinku,

(paciento vardas, pavardė)

kad man būtų teikiamos odontologinės priežiūros (pagalbos) paslaugos. Pasirašydamas/a šį sutikimą patvirtinu, kad esu susipažinęs su:

1. informacija apie įstaigoje teikiamų mokamų, iš dalies mokamų paslaugų kainas ir galimybes jomis pasinaudoti;
2. informacija apie nemokamas paslaugas ir galimybes jomis pasinaudoti;
3. informacija apie siuntimo į kitas sveikatos priežiūros įstaigas tvarką;
4. įstaigos vidaus tvarkos taisyklėmis;
5. informacija apie sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių specialistų profesinę kvalifikaciją, galimybę rinktis sveikatos priežiūros specialistą;
6. informacija apie paciento pareigą bendradarbiauti su sveikatos priežiūros paslaugas paskyrusiu ir (ar) teikiančiu sveikatos priežiūros specialistu, vykdyti jo paskyrimus ir nurodymus, pranešti apie bet kokius nukrypimus nuo paskyrimų.

Man yra žinoma įstaigoje taikoma atsiskaitymo už suteiktas paslaugas tvarka ir sutinku laiku bei tinkamai atsiskaityti. Man paaiškinta apie galimybes atlikti radiologinius ir kitus tyrimus. Taip pat suprantu dėl mano kaltės nebaigto ar tik iš dalies baigto gydymo pasekmes*.* Į visus savo pateiktus klausimus gavau išsamius atsakymus. Man yra žinoma, jog prieš pradedant invazines ir (ar) intervencines odontologines procedūras, man pasirašytinai bus paaiškinta apie šių procedūrų pobūdį ir tikslus.

**Pacientas (ar jo atstovas) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(vardas, pavardė, parašas)

**Gydytojas odontologas/burnos priežiūros specialistas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(vardas, pavardė, parašas)