

SUTIKIMAS DĖL SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ TEIKIMO

20____m. _____ d.

Aš*

(paciento vardas, pavardė)

savanoriškai atvykęs į UAB Romainių šeimos kliniką (toliau - įstaiga) ambulatorinės sveikatos priežiūros arba į namus pagal iškvietimą atvykus sveikatos priežiūros specialistui patvirtinu, kad esu informuotas ir sutinku, kad įstaigos sveikatos priežiūros specialistas mane apžiūrėtų, įvertintų mano sveikatos būklę, paskirtų ir atliktų būtinas tyrimų ir gydymo procedūras, mano buvimo ar lankymosi šioje įstaigoje ar *iškvietimo į namus metu*. Sutinku, kad UAB Romainių šeimos klinika, kodas 304078120, adresas Romainių 47B, LT-47261 Kaunas, tel. +370 37 214000, el. p. info@rsk.lt, man būtų teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos. Pasirašydamas/a šį sutikimą patvirtinu, kad esu susipažinęs su:

- ✓ informacija apie įstaigoje teikiamų mokamų, iš dalies mokamų paslaugų kainas ir galimybes jomis pasinaudoti;
- ✓ informacija apie nemokamas paslaugas ir galimybes jomis pasinaudoti;
- ✓ informacija apie siuntimo į kitas sveikatos priežiūros įstaigas tvarką;
- ✓ įstaigos vidaus tvarkos taisyklėmis;
- ✓ informacija apie sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių specialistų profesinę kvalifikaciją, galimybę rinktis sveikatos priežiūros specialistą;
- ✓ 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;
- ✓ su savo sveikatos būkle, ligos diagnoze, poliklinikoje taikomais gydymo ir tyrimo būdais, galimybe jais pasinaudoti, galima rizika, komplikacijomis, šalutiniu poveikiu, pasveikimo prognoze.
- ✓ Mano asmens duomenys yra saugomi įstaigoje, esant reikalui galiu su jais susipažinti, reikalauti ištaisyti neteisingus, neišsamius savo duomenis. Raštiškai kreiptis po paslaugos gavimo, kad duomenys būtų ištrinti.

Sutinku, kad apie mano sveikatos būklę, diagnozę, prognozes, gydymo eiga ir kitą asmeninio pobūdžio informacija, suteikta teikiant paslaugas būtų teikiama šiems asmenims: (nurodyti asmens vardą, pavardę):

Mane tenkina jūsų specialistų kvalifikacija ir tyrimų bei gydymo metodikos. 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 procedūras, man pasirašytinai bus paaiškinta apie šių procedūrų pobūdį ir tikslus. Man yra žinoma įstaigoje taikoma atsiskaitymo už suteiktas paslaugas tvarka ir sutinku laiku bei tinkamai atsiskaityti. Esu informuotas (-a), kad bet kuriuo metu galiu atsisakyti savo pasirašyto sutikimo, prisiimdamas atsakomybę už galimus savo sveikatos būklės pokyčius.

Pacientas (ar jo atstovas)

(vardas, pavardė, parašas)