

## SUTIKIMAS DĖL SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ TEIKIMO

20 \_\_\_\_ m. \_\_\_\_\_ d.

(paciento vardas pavardė, gimimo data)

(paciento atstovo vardas pavardė)

(ryšys su pacientu, atstovavimo pagrindas)

(telefonai)

(el. paštas)

(adresas)

Aš savanoriškai atvykęs į ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigą **VšĮ Tilžės g. bendrosios praktikos gydytojo kabinetai** (toliau – įstaiga) arba į namus pagal iškvietimą atvykęs 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 įstaigoje VšĮ Tilžės g. bendrosios praktikos gydytojo kabinetai, įstaigos kodas 145628128, veikianti adresu Tilžės g. 67, Šiauliai, man būtų teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos.

### PACIENTO (JO ATSTOVO) SUSIPAŽINIMAS SU ĮSTAIGOS DOKUMENTAIS IR INFORMACIJA:

Pasirašydamas:	Parašas
<p>Patvirtinu, kad esu susipažinęs su:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Įstaigos vidaus tvarkos taisyklėmis;</li> <li>- Informacija apie įstaigoje teikiamas nemokamas ir mokamas paslaugas ir galimybėmis jomis pasinaudoti;</li> <li>- Informacija apie siuntimo į kitas sveikatos priežiūros įstaigas tvarką;</li> <li>- Informacija apie sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių specialistų profesinę kvalifikaciją, galimybę rinktis sveikatos priežiūros specialistą;</li> <li>- 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;</li> <li>- Su savo sveikatos būkle, ligos diagnoze, gydymo planu, įstaigoje taikomais gydymo ir tyrimo būdais, galimybe jais pasinaudoti, galima rizika, komplikacijomis, šalutiniu poveikiu, pasveikimo prognoze.</li> </ul>	
<p>Man žinoma, kad mano asmens duomenys yra renkami ir saugomi įstaigoje, esant poreikiui, galiu su jais susipažinti, reikalauti ištaisyti neteisingus, neišsamius savo duomenis. Raštiškai kreiptis po paslaugos gavimo, kad duomenys būtų ištrinti. Mano duomenys naudojami informacinėje sistemoje pagal duomenų saugos nuostatus.</p>	
<p>Sutinku, kad apie mano sveikatos būklę, diagnozę, prognozes, gydymo eigą ir kita asmeninio pobūdžio informacija, suteikta teikiant paslaugas, būtų teikiama šiems asmenims:</p> <p>_____</p> <p>(asmens vardas pavardė, gimimo data, ryšys su pacientu)</p>	
<p>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 pradėdant invazines ir (ar) intervencines procedūras, man bus paaiškinta apie šių procedūrų pobūdį ir tikslus ir galimas komplikacijas. Man yra žinoma įstaigoje taikoma atsiskaitymo už suteiktas mokamas paslaugas tvarka ir paaiškinta galimybė jas gauti nemokamai. Sutinku laiku bei tinkamai už jas atsiskaityti. Esu informuotas (-a), kad bet kuriuo metu galiu atsisakyti savo pasirašyto sutikimo, prisiimdamas atsakomybę už galimus savo sveikatos būklės pokyčius.</p>	

## PACIENTO (JO ATSTOVO) SUTIKIMAS NUOTOLINEI SVEIK. PRIEŽIŪROS PASLAUGAI

Pasirašydamas:	Parašas
<b>Patvirtinu</b> , kad esu informuotas (-a) apie nuotolinių sveikatos priežiūros paslaugų teikimo galimybes ir tvarką <b>VšĮ Tilžės g. bendrosios praktikos gydytojo kabinete</b> , kad atsisakius duoti sutikimą, nuotolinės konsultacijos paslauga negalės būti teikiama, kad nuotolinės konsultacijos metu darbuotojas negalės tiksliai identifikuoti mano (ar atstovaujamo asmens) tapatybės bei užtikrinti asmens duomenų, tarp jų ir informacijos apie sveikatą, saugumo.	
Savanoriškai užsiregistravęs nuotolinei sveikatos priežiūros paslaugai <b>sutinku</b> , kad sveikatos priežiūros specialistas asmens sveikatos priežiūros paslaugą teiktų nuotolinės konsultacijos būdu (pvz.: įvertintų sveikatos būklę, skirtų (aptartų) tyrimus (jų rezultatus), skirtų gydymo procedūras, vaistinius preparatus, medicinos priemones ir pan.).	
<b>Sutinku</b> , kad mano (ar atstovaujamo asmens) duomenys būtų teikiami kitam gydytojui ir (ar) kitai asmens sveikatos priežiūros įstaigai, jei bus konsultacijos su kitu specialistu poreikis.	
Sutikimas dėl nuotolinių sveikatos priežiūros paslaugų <b>galioja neribotai<sup>1</sup> arba iki (data) 20 _____ d.</b>	

## PACIENTO (JO ATSTOVO) SUTIKIMAS APŽIŪRAI IR TYRIMAMS

Pasirašydamas:	Parašas
<b>Nereikia atskiro mano sutikimo</b> kraujo paėmimui iš piršto/venos, vaistų injekcijoms į odą, paodį, raumenis, veną, gleivines. Esu informuotas apie dažniausias galimas komplikacijas – dažnai pasitaikančias kraujosrūvas, retai pasitaikančias – audinių paburkimas, paraudimas, alerginės reakcijos, abscesas, audinių nekrozė, periferinių nervų ir jų smulkių šakų pažeidimas, venos uždegimas, alpimas ir kt.	
<b>Sutinku</b> , kad bet kokia apžiūra, tyrimai, <b>kai nepažeidžiamas audinių vientisumas</b> – burnos, ryklės, nosies, ausų, akių junginių, tiesiosios žarnos, ultragarsinis tyrimas (echoskopija) – būtų atliktas be atskiro mano raštiško sutikimo.	
<i>Tik moterims.</i> <b>Sutinku</b> , kad ginekologinė apžiūra – tyrimas per makštį ir/ar tiesiąją žarną, makšties išskyrių, citologinio tepinėlio iš gimdos kaklelio paėmimas, ultragarsinis tyrimas (echoskopija) – būtų atliktas be atskiro mano raštiško sutikimo.	
<b>Sutinku</b> dalyvauti mokymo procese ir mokymo tikslais leidžiu naudoti informaciją apie mano sveikatos būklę, ligų diagnozes, tyrimų rezultatus, gydymą.	
Sutikimas apžiūroms ir tyrimams <b>galioja neribotai<sup>1</sup>, arba iki (data) 20 _____ d.</b>	

## PACIENTO (JO ATSTOVO) SUTIKIMAS GAUTI INFORMACIJĄ EL. PRIEMONĖMIS

Pasirašydamas:	Parašas
<b>Sutinku</b> , gauti informaciją apie man teiktas sveikatos priežiūros paslaugas (konsultacijas, tyrimo rezultatus, tęsiamą medikamentinį gydymą ir kt.) nurodytu elektroniniu paštu arba mobiliuoju telefonu. Žinau, kad be mano sutikimo ši informacija gali būti teikiama asmenims, kuriems tokią teisę suteikia įstatymai. Suprantu riziką, kad įstaiga negalės patikrinti mano tapatybės ir įsitikinti, kad mano konfidencialūs duomenys nebus prieinami tretiesiems asmenims.	
<b>Sutinku</b> dalyvauti VšĮ Tilžės g. bendrosios praktikos gydytojo kabineto vykdomose apklausose dėl teikiamų paslaugų kokybės	
Sutikimas gauti informaciją elektroninėmis priemonėmis <b>galioja neribotai<sup>1</sup>, arba iki (data) 20 _____ d.</b>	

<sup>1</sup> Neribotai duotą sutikimą galima bet kuriuo metu atšaukti, apie tai pranešus el. paštu [info@tilzesbpg.lt](mailto:info@tilzesbpg.lt) arba pageidavimą pateikus raštu, atvykus į įstaigą