

PACIENTO VALIOS PAREIŠKIMAS DĖL ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ TEIKIMO

Data _____

Paciento vardas, pavardė, gimimo data _____

Adresas _____

Telefonai

el.paštas _____

Paciento atstovo vardas, pavardė _____

ryšys su pacientu, atstovavimo pagrindas, dok. data, numeris _____

Adresas _____

Telefonai

el.paštas _____

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

| | Informacija apie VšĮ Kauno miesto poliklinikoje nustatytą tvarką | Paciento (jo atstovo) parašas |
|----|--|-------------------------------|
| 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, informacija apie siuntimo į kitas sveikatos priežiūros įstaigas tvarką, įstaigos vidaus tvarkos taisyklėmis, informacija apie asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių specialistų profesinę kvalifikaciją, galimybę rinktis sveikatos priežiūros specialistą, informacija apie paciento pareigą bendradarbiauti su asmens sveikatos priežiūros paslaugas paskyrusiu ir (ar) teikiančiu sveikatos priežiūros specialistu, vykdyti jo paskyrimus ir nurodymus, pranešti apie bet kokius nukrypimus nuo paskyrimų. | |
| 2. | Savanoriškai atvykęs(-us) dėl ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros arba iškvietęs(-us) 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. | |

| | Paciento valios pareiškimas | Paciento (jo atstovo) parašas |
|----|---|-------------------------------|
| 3. | Sutinku/nesutinku (nereikalingą išbraukti), kad man būtų teikiama visa informacija apie mano sveikatos būklę, ligos diagnozę, medicininių tyrimų duomenis, gydymo metodikas ir prognozę. | |
| 4. | Sutinku/nesutinku (nereikalingą išbraukti), 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/nesutinku (nereikalingą išbraukti), kad radiologiniai tyrimai paskyrus gydytojui būtų atlikti be atskiro mano raštiško sutikimo. Suprantu jonizuojančios spinduliuotės apšvitos atliekant radiologinius tyrimus riziką, žinau, kad vidutinę tyrimo metu gaunamą apšvitos dozę galiu sužinoti iš tyrimą atliekančio specialisto. Žinau, kad radiologinį tyrimą skiriančią ir atliekančią asmenį privalau informuoti dėl esamo (galimo) neštumo. | |

| | | |
|-----|---|--|
| 6. | Sutinku/nesutinku (nereikalingą išbraukti), kad kraujo paėmimas (iš piršto/venos) paskyrus gydytojui ar man pageidaujant būtų atliktas be atskiro mano raštiško sutikimo. | |
| 7. | Sutinku/nesutinku (nereikalingą išbraukti), kad nereikia atskiro mano sutikimo bet kokiai apžiūrai ir tyrimui, <i>kai nepažeidžiamas audinių vientisumas</i> : burnos, ryklės, ausų, nosies, akių junginių, tiesiosios žarnos, makšties ertmių apžiūrai ir medžiagos tyrimams paėmimui iš šių vietų. | |
| 8. | Sutinku/nesutinku (nereikalingą išbraukti), kad elektroniniu paštu ir/ar telefonu man būtų teikiama informacija apie naujas paslaugas, apklausos apie teikiamų paslaugų kokybę, informacija iš poliklinikos naujienlaiškio. | |
| 9. | Sutinku/nesutinku (nereikalingą išbraukti) dalyvauti mokymo procese ir mokymo tikslais leidžiu naudoti informaciją apie mano sveikatą diagnozę, taikomą gydymą. | |
| 10. | <i>Pildo tik prie KMP Šeimos sveikatos priežiūros skyriaus/Psichikos sveikatos centro prisirašę pacientai</i> Sutinku/nesutinku (nereikalingą išbraukti) elektroninių ryšių priemonėmis gauti šeimos gydytojo komandos nario/pirmines ambulatorines psichikos sveikatos priežiūros paslaugas teikiančio specialistų komandos nario ir kitas teisės aktais reglamentuojamas nuotolines sveikatos priežiūros paslaugas. | |
| 11. | <i>Pildoma esant poreikiui</i> Sutinku, kad informacija apie mano (mano atstovaujamo asmens) sveikatos būklę, diagnozes, taikomą gydymą ir medicininių tyrimų duomenis, prognozę ir kita asmeninio pobūdžio informacija būtų teikiama šiems asmenims: _____ Vardas, pavardė, gimimo data Informacijos teikimo terminas: iki / neribotai (pabraukti). | |
| 12. | <i>Pildo tik tėvai (globėjai), esant poreikiui</i> Sutinku, kad žemiau nurodytas asmuo rūpintųsi paciento - mano sūnaus/dukros/globotinio asmens sveikatos priežiūros paslaugų suteikimu VŠĮ Kauno miesto poliklinikoje: registruotų, atvestų pas sveikatos priežiūros specialistą, gautų visą su pacientui sveikatos priežiūros paslaugų suteikimu, sveikatos būkle susijusią informaciją, teiktų sutikimą pacientui teikti sveikatos priežiūros paslaugas, pasirašytų pateikiamus dokumentus. _____ Vardas, pavardė, gimimo data _____ Vardas, pavardė, gimimo data | |

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

Detalią informaciją apie galimas radiologinių tyrimų bei kraujo paėmimo rizikas rasite poliklinikos internetinėje svetainėje www.kaunopoliklinika.lt nuorodoje „Pacientams“ bei registratūrose.

Asmens sveikatos priežiūros specialistas _____
vardas, pavardė/spaudas, paraša