I.Į.“Tvinksnis“Įm.k.126309859Adresas: Ukmergės g.283B-2, LT-06313 Vilnius
Tel.: 852473325, 860008769 el.paštas: tvinksnis@gmail.com

PACIENTO VALIOS PAREIŠKIMO FORMA

Paciento duomenys

vardas, pavardė	gimimo data	adresas	tel.Nr.	el.paštas

Paciento atstovo, globėjo duomenys

vardas, pavardė	gimimo data	adresas	tel.Nr.	el.paštas

I. DĖL INFORMACIJOS GAVIMO

1.Esu susipažinęs (-usi) su I.Į.“Tvinksnis“ (toliau ASP įstaiga) darbo ir vidaus tvarkos taisyklėmis.
2.Esu susipažinęs (-usi) su informacija apie įstaigoje teikiamas nemokamas ir mokamas ASP paslaugas, galimybes jomis pasinaudoti, taip pat su šių asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tvarka.
3.Esu susipažinęs (-usi) su Mokamų paslaugų kainynu.
4.Esu susipažinęs (-usi) su informacija apie siuntimo į kitas sveikatos priežiūros įstaigas tvarka.
5.Esu informuotas (-a) apie galimybę rinktis sveikatos priežiūros specialistą.
6.Esu susipažinęs (-usi) su Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatyme, įstaigos darbo ir vidaus taisyklėse nurodytomis pacientų pareigomis, įskaitant pareigą bendradarbiauti su paslaugas teikiančiu sveikatos priežiūros specialistu ir įsipareigoju jų laikytis.
7.Esu informuotas (-a) apie pacientų asmens duomenų tvarkymą įstaigoje.
8.Esu informuotas (-a), kad aukščiau nurodyti dokumentai ir visi jų pasikeitimai yra viešai skelbiami įstaigos registratūroje.
9.Sutinku, kad informacija apie mano buvimą įstaigoje, sveikatos būklę, diagnozę, prognozes, gydymo bei slaugos priemones, taip pat kita asmeninio pobūdžio informacija apie mane būtų teikiama žemiau nurodytiems asmenims (-iui).

vardas, pavardė	gimimo data	tel.Nr.	el.paštas

II. DĖL ASP PASLAUGŲ TEIKIMO

1.Sutinku, kad įstaigos sveikatos priežiūros specialistai įvertintų mano sveikatos būklę, mane apžiūrėtų, paskirtų ir atliktų reikalingus tyrimus ir procedūras:
- esu susipažinęs (-usi) su informaciniais lapais (yra registratūroje) apie kraujo paėmimą laboratoriniams tyrimams, periferinės venos punkciją ir (ar) intraveninio kateterio (lašelinės) įvedimą, injekcijas į raumenis ar paodį,
- informaciniuose lapuose pateiktą informaciją supratau ir sutinku, kad įstaigos sveikatos priežiūros specialistai, esant poreikiui, atliktų man kraujo paėmimą laboratoriniams tyrimams, periferinės venos punkciją ir (ar) intraveninio kateterio (lašelinės) įvedimą, injekcijas į raumenis ar paodį be atskiro raštiško mano sutikimo.
2.Esu informuotas (-a) , kad turiu teisę bet kada raštu atsisakyti siūlomų tyrimų ir gydymo.

Paciento arba jo atstovo parašas, data