

(Forma Nr. 025-025-1/a „Prašymas leisti gydytis pasirinktoje pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigoje ar psichikos sveikatos centre“)

**PRAŠYMAS
LEISTI GYDYTIS PASIRINKTOJE PIRMINĖS AMBULATORINĖS ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS
ĮSTAIGOJE IR PSICHIKOS SVEIKATOS CENTRE**

Aš, _____ ,
(vardas, pavardė)

asmens kodas

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

gyvenantis _____ ,
(adresas)

I DALIS. PIRMINĖS ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪRA

prašau mane įrašyti į _____ **VšĮ Širvintų rajono savivaldybės sveikatos centro** _____ aptarnaujamų
(pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos pavadinimas)

asmenų sąrašą. Norėčiau pasirinkti šį gydytoją: _____ ;
(vardas, pavardė)

II DALIS. PIRMINĖS PSICHIKOS SVEIKATOS PRIEŽIŪRA

prašau mane įrašyti _____ aptarnaujamų
(pirminės psichikos sveikatos priežiūros paslaugas teikiančios įstaigos pavadinimas)
asmenų sąrašą.

Patvirtinu, kad esu informuotas, jog

1) galiu būti prirašytas prie psichikos sveikatos centro tos pačios teritorinės ligonių kasos veiklos zonoje, kurioje paslaugas teikia mano pasirinkta pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaiga (toliau – PAASPI);

2) jei neužpildysiu šio prašymo II dalies „Pirminės psichikos sveikatos priežiūra“, būsiu priskirtas PAASPI, kurioje pasirinkau šeimos gydytoją (jeigu ši PAASPI pati teikia psichikos sveikatos priežiūros paslaugas), arba psichikos sveikatos centrui, su kuriuo ši PAASPI yra sudariusi sutartį dėl pirminės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo.

Data _____ Asmens (globėjo) parašas _____

Pildoma tik prireikus

Sutinku, kad gydytoją man paskirtą asmens sveikatos priežiūros įstaigos administracija.

Asmens (globėjo) parašas _____

Pildo įstaigos personalas

Įstaigos ID kodas _____

Gydytojo ID kodas _____

Prašymas registruotas įstaigoje

_____ registracijos Nr. _____

(Data)

Atsakingas įstaigos darbuotojas

(Pareigos)

(Parašas)

(Vardas, pavardė)

Paciento valios pareiškimas

20 __ m. _____ d.

Pacientas _____
(vardas, pavardė, gimimo data)

Paciento atstovas pagal įstatymą _____
(vardas, pavardė, giminystės ryšys)

Nepilnamečio paciento iki 16 metų atstovas _____
(vardas, pavardė, giminystės ryšys)

Patvirtinu, kad esu informuotas ir sutinku, kad atvykus į VšĮ Širvintų rajono savivaldybės sveikatos centrą (toliau – įstaiga), sveikatos priežiūros specialistas mane/mano atstovaujama asmenį apžiūrėtų, įvertintų mano/ mano atstovaujamo asmens sveikatos būklę, paskirtų ir atliktų būtinas diagnostikos ir gydymo procedūras. Sutinku, kad įstaigoje man/ mano atstovaujama asmeniui būtų teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos. Pasirašydamas/a šį sutikimą patvirtinu, kad esu susipažinęs su:

- informacija apie nemokamas paslaugas ir galimybes jomis pasinaudoti;
- informacija apie įstaigoje teikiamų mokamų, iš dalies mokamų paslaugų kainas ir galimybes jomis pasinaudoti;
- įstaigos vidaus tvarkos taisyklėmis;
- informacija apie sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių specialistų profesinę kvalifikaciją, galimybę rinktis sveikatos priežiūros specialistą;
- informacija apie paciento/jo atstovo pareigą bendradarbiauti su sveikatos priežiūros paslaugas paskyrusiu ir (ar) teikiančiu sveikatos priežiūros specialistu (suteikti pilną informaciją apie esamas, persirgtas ligas, vartojamus vaistus, žalingus įpročius ir kt.), vykdyti jo paskyrimus ir nurodymus, pranešti apie bet kokius nukrypimus nuo paskyrimų;
- galimybę gauti informaciją apie savo/savo atstovaujamo asmens sveikatos būklę, ligos diagnozę, gydymo planą ir klinikinių tyrimų būdus, bei galimybę jais pasinaudoti, galimą riziką, komplikacijas, šalutinį poveikį, pasveikimo prognozę.

Mano/mano atstovaujamo asmens duomenys yra saugomi įstaigoje, esant reikalui galiu su jais susipažinti, reikalauti ištaisyti neteisingus, neišsamius savo duomenis, juos papildyti.

SUTINKU, kad duomenys apie mano/mano atstovaujamo asmens sveikatos būklę, diagnozę, prognozes, gydymo eigą, ir kita asmeninio pobūdžio informacija, būtų teikiama šiems asmenims: (nurodyti asmens vardą, pavardę, giminystės ryšys, tel. numerį):

1. SUTINKU gauti informaciją apie man priklausančias prevencines programas, gydytojo darbo laiko pasikeitimus ir priminimus apie artimiausio vizito pas gydytoją laiką telefonu/el. paštu: _____

2. SUTINKU, kad man teikiant nuotolines sveikatos priežiūros paslaugas, būčiau identifikuota (s)

--	--	--	--

 kodu:

Mane tenkina jūsų įstaigos specialistų kvalifikacija.

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 pasirašytini bus paaiškinta apie šių procedūrų pobūdį, tikslus, galimus pašalinius poveikius ir komplikacijas.

Man yra žinoma įstaigoje taikoma atsiskaitymo už suteiktas mokamas paslaugas tvarka ir 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.

Pacientas (ar jo atstovas) _____
(vardas, pavardė, parašas)