

PACIENTO VALIOS PAREIŠKIMAS, TEIKIAMAS ONARINĖS PASLAUGOS

1. Pacientas

2. Jei pacientas nepilnametis ar pripažintas neveiksmiu - paciento atstovas pagal įstatymą (tėvas (motina), tėvas globėjas, rūpintojas); jei pacientas negali pareikšti savo valios dėl sveikatos būklės - paciento atstovas (sutuoktinis, tėvas, vaikas)

(vardas, pavardė, adresas, telefonas, dokumento pavadinimas, Nr.,

atstovo giminytės ar kitas ryšys su pacientu)

3. Paciento atstovas pagal pavidimą

(vardas, pavardė, adresas, telefonas)

Atstovui pavedu spresti visus klausimus, susijusius su mano gydymu Santariškių klinikose bei už mane pasirašyti medicinos dokumentuose, kai reikalingas paciento

(paciento parašas)

4. Su Vidaus tvarkos taisyklėmis susipažinau:

(paciento (atstovo) parašas)

5. Man buvo suteikta visa informacija apie mano sveikatos būklę, ligos diagnozę, medicininių tyrimų duomenis, gydymo

Sutinku:

Prieštarauju:

(paciento parašas)

6. Informuotas apie mano (paciento) buvimą sveikatos priežiūros įstaigoje, gydymą, sveikatos būklę, diagnozę, prog

7. M

gydymo planu sutinku:

(paciento (atstovo) parašas, data, laikas)

8. Esu informuotas, kad mano (paciento) buvimas VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikose nėra medicinškai pagrįstas, todėl esu (yra):

8.1. Išrašomas iš ligoninės

(paciento (atstovo) parašas, data, laikas)

8.2. Siunčiamas į kitą sveikatos priežiūros įstaigą

(paciento (atstovo) parašas, data, laikas)

8.3. Informuotas dėl tolesnio gydymo bei elgsenos

(paciento (atstovo) parašas, data, laikas)

Be Medicininio audito skyriaus vedėjo žinos šis dokumentas arba jo dalys negali būti dauginares arba platintamos teikiamoms šioms, tikslus šio akty nustatytas atvejis.