

**PACIENTO (PACIENTO ATSTOVO) VALIOS PAREIŠKIMAS**

Data 2018 03 20

Pacientas [redacted] Nr. [redacted]  
(paciento vardas, pavardė, gimimo data)

**Paciento atstovas** (pildoma kai pacientas nepilnametis (iki 16 metų amžiaus) arba pripažintas neveiksniu arba pacientas negali pareikšti savo valios dėl sveikatos būklės. Pacientą atstovauti gali sutuoktinis, tėvai, įtėviai, globejas (-a), sūnus/ dukra).

(vardas, pavardė, telefono Nr., nurodyti atstovo gimimystės ar kitą ryšį su pacientu)

**Patvirtinu, kad:**

- susipažinau su Ligoninės **Vidaus tvarkos taisyklėmis**, paciento (paciento atstovo) teisėmis ir pareigomis, siuntimo į kitas sveikatos priežiūros įstaigas tvarka; man pricinama informacija apie nemokamas paslaugas ir galimybes jomis pasinaudoti;
- žinau apie galimybę dėl nemokamos sveikatos priežiūros kreiptis į šeimos gydytoją arba pasirinkti mokamą paslaugą, jei, atvykus be gydytojo siuntimo, mano (mano atstovaujamo paciento) sveikatos būklę vertinęs gydytojas nenustatys skubios pagalbos kategorijai priskiriamos būklės; man paaiškinta Ligoninėje teikiamų mokamų (iš dalies mokamų) paslaugų tvarka ir kainos;
- susipažinau su Ligoninės Duomenų subjektų teisių įgyvendinimo aprašu; esu informuotas (-a), kad mano (mano atstovaujamo paciento) asmens duomenys bus tvarkomi laikantis sveikatos priežiūros konfidencialumo principų teisės aktų nustatyta tvarka;
- turiu teisę atšaukti sutikimą gydytis Ligoninėje ar dalyvauti mokymo procese (šią valią patvirtindamas įrašų ir parašų medicinos dokumentuose).

(paciento (paciento atstovo) parašas)

**Sutinku**, kad Ligoninės specialistai mane (mano atstovaujama pacientą) apžiūrėtų, įvertintų sveikatos būklę, paskirtų ir atliktų būtinas nedidelę riziką keliančias diagnostikos ir gydymo procedūras, taikomas pagal gydymo standartus, kaip kraujo paėmimas (iš piršto, venos ar arterijos), intraveninės lašelinės infuzijos, injekcijos į veną ar raumenis, odą, po oda, į gleivinę ar kt., be atskiro rašytinio sutikimo. Žinau savo teisę bet kuriuo metu atšaukti sutikimą, tai patvirtinant įrašų ir parašų medicinos dokumentuose.

(paciento (paciento atstovo) parašas)

Man bus teikiama visa informacija apie mano (mano atstovaujamo paciento) sveikatos būklę, ligos diagnozę, tyrimų duomenis, gydymo metodus, galimas komplikacijas ir prognozę.

**Prieštarauju** \_\_\_\_\_  
(paciento (paciento atstovo) parašas)

**Sutinku** \_\_\_\_\_  
(paciento (paciento atstovo) parašas)

Aš būsiu (mano atstovaujamas pacientas bus) įtrauktas į Ligoninėje vykstantį mokymo procesą, mano (mano atstovaujamo paciento) sveikatos duomenys gali būti naudojami mokymo tikslu.

**Prieštarauju** \_\_\_\_\_  
(paciento (paciento atstovo) parašas)

**Sutinku** \_\_\_\_\_  
(paciento (paciento atstovo) parašas)

**Mano atstovas pagal pavedimą** (pildo pacientas, gali būti nurodomas bet kuris pasirinktas asmuo)

(vardas, pavardė, telefono Nr.)

Pavedu šiam atstovui spręsti visus klausimus, susijusius su mano gydymu Ligoninėje bei už mane pasirašyti medicininiuose dokumentuose, kai yra reikalingas paciento rašytinis sutikimas, o mano sveikatos būklė neleidžia to padaryti.

(paciento parašas)

Informacija apie mano (mano atstovaujamo paciento) buvimą Ligoninėje, sveikatos būklę, diagnozę ir numatomą gydymą gali būti teikiama: \_\_\_\_\_

(nurodyti konkrečius asmenis, kuriems gali būti teikiama informacija)

(paciento parašas)

**Ypatingos žymos** (pildo registratorius, kai pacientas dėl savo sveikatos būklės pasirašyti negali, o jo atstovų nėra arba jie pasirašyti atsisako) \_\_\_\_\_

(bent dviejų medicinos darbuotojų parašai ir spaudai)



## PACIENTO (PACIENTO ATSTOVO) VALIOS PAREIŠKIMAS

Data 2018-11-11

Pacientas [redacted] tel. Nr. \_\_\_\_\_

**Paciento atstovas** (pildoma kai pacientas nepilnametis (iki 16 metų amžiaus) arba pripažintas neveiksniu arba pacientas negali pareikšti savo valios dėl sveikatos būklės. Pacientą atstovauti gali sutuoktinis, tėvai, įtėviai, globėjas (-a), sūnus/ dukra).

(vardas, pavardė, telefono Nr., nurodyti atstovo giminių ryšį su pacientu)

**Patvirtinu, kad:**

- susipažinau su Ligoninės **Vidaus tvarkos taisyklėmis**, paciento (paciento atstovo) teisėmis ir pareigomis, siuntimo į kitas sveikatos priežiūros įstaigas tvarka; man pricinama informacija apie nemokamas paslaugas ir galimybes jomis pasinaudoti;
- žinau apie galimybę dėl nemokamos sveikatos priežiūros kreiptis į šeimos gydytoją arba pasirinkti mokamą paslaugą, jei, atvykus be gydytojo siuntimo, mano (mano atstovaujamo paciento) sveikatos būklę vertinęs gydytojas nenustatys skubios pagalbos kategorijai priskiriamos būklės; man paaiškinta Ligoninėje teikiamų mokamų (iš dalies mokamų) paslaugų tvarka ir kainos;
- susipažinau su Ligoninės Duomenų subjektų teisių įgyvendinimo aprašu; esu informuotas (-a), kad mano (mano atstovaujamo paciento) asmens duomenys bus tvarkomi laikantis sveikatos priežiūros konfidencialumo principų teisės aktų nustatyta tvarka;
- turiu teisę atšaukti sutikimą gydytis Ligoninėje ar dalyvauti mokymo procese (šią valią patvirtindamas įrašu ir parašu medicinos dokumentuose).

(paciento (paciento atstovo) parašas)

**Sutinku**, kad Ligoninės specialistai mane (mano atstovaujama pacientą) apžiūrėtų, įvertintų sveikatos būklę, paskirtų ir atliktų būtinas nedidelę riziką keliančias diagnostikos ir gydymo procedūras, taikomas pagal gydymo standartus, kaip kraujo paėmimas (iš piršto, venos ar arterijos), intraveninės lašelinės infuzijos, injekcijos į veną ar raumenis, odą, po oda, į gleivinę ar kt., be atskiro rašytinio sutikimo. Žinau savo teisę bet kuriuo metu atšaukti sutikimą, tai patvirtinant įrašu ir parašu medicinos dokumentuose.

(paciento (paciento atstovo) parašas)

Man bus teikiama visa informacija apie mano (mano atstovaujamo paciento) sveikatos būklę, ligos diagnozę, tyrimų duomenis, gydymo metodus, galimas komplikacijas ir prognozę.

**Prieštarauju** \_\_\_\_\_  
(paciento (paciento atstovo) parašas)

**Sutinku** \_\_\_\_\_  
(paciento (paciento atstovo) parašas)

Aš būsiu (mano atstovaujamas pacientas bus) įtrauktas į Ligoninėje vykstantį mokymo procesą, mano (mano atstovaujamo paciento) sveikatos duomenys gali būti naudojami mokymo tikslu.

**Prieštarauju** \_\_\_\_\_  
(paciento (paciento atstovo) parašas)

**Sutinku** \_\_\_\_\_  
(paciento (paciento atstovo) parašas)

**Mano atstovas pagal pavedimą** (pildo pacientas, gali būti nurodomas bet kuris pasirinktas asmuo)

(vardas, pavardė, telefono Nr.)

Pavedu šiam atstovui spręsti visus klausimus, susijusius su mano gydymu Ligoninėje bei už mane pasirašyti medicininiuose dokumentuose, kai yra reikalingas paciento rašytinis sutikimas, o mano sveikatos būklė neleidžia to padaryti.

(paciento parašas)

Informacija apie mano (mano atstovaujamo paciento) buvimą Ligoninėje, sveikatos būklę, diagnozę ir numatomą gydymą gali būti teikiama: \_\_\_\_\_

(nurodyti konkrečius asmenis, kuriems gali būti teikiama informacija)

(paciento parašas)

**Ypatingos žymos** (pildo registratorius, kai pacientas dėl savo sveikatos būklės pasirašyti negali, o jo atstovų nėra arba jie pasirašyti atsisako) \_\_\_\_\_

(bent dviejų medicinos darbuotojų parašai ir spaudai)

