

VšĮ Vilniaus rajono centrinė poliklinika Įstaigos kodas 124246958 Laisvės pr. 79, LT06122 Vilnius Tel. (8 5) 2470027, faks. (8 5) 2388128 El. paštas vrcp@vrcp.lt Paciento vardas, pavardė,* (privalomas laukas) gimimo data,* (privalomas laukas) adresas,* (privalomas laukas) mob.telefono numeris, el. paštas* (privalomas laukas)	PATVIRTINTA VšĮ VRCP vyriausiojo gydytojo 2019 m. sausio 8 d. įsakymu Nr. V-2 PACIENTO VALIOS PAREIŠKIMO FORMA
Paciento atstovo vardas, pavardė,* (privalomas laukas) gimimo data,* (privalomas laukas) adresas,* (privalomas laukas) mob. telefono numeris, el. paštas* (privalomas laukas)	

I. DĖL INFORMACIJOS GAVIMO

1.	Esu susipažinęs (-usi) su VšĮ Vilniaus rajono centrinės poliklinikos (toliau – įstaiga) darbo ir vidaus tvarkos taisyklėmis.
2.	Esu susipažinęs (-usi) su informacija apie įstaigoje teikiamas nemokamas ir mokamas paslaugas, galimybes jomis pasinaudoti. Esu susipažinęs (-usi) su šių 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.	Sutinku, kad informacija apie mano buvimą įstaigoje, sveikatos būklę, diagnozę, prognozes, gydymo bei slaugos priemonės, taip pat kita asmeninio pobūdžio informacija apie mane būtų teikiama žemiau nurodytiems asmenims (prašome nurodyti vardą, pavardę ir telefono numerį):
7.	Esu susipažinęs (-usi) su Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatyme, įstaigos darbo ir vidaus tvarkos taisyklėse nurodytomis pacientų pareigomis, įskaitant pareigą bendradarbiauti su paslaugas teikiančiu sveikatos priežiūros specialistu ir išsipareigoju jų laikytis.
8.	Esu informuotas (-a), kad aukščiau nurodyti dokumentai ir visi jų pakeitimai yra viešai skelbiami registratūrose, įstaigos tinklalapyje.
9.	Esu informuotas (-a) apie galimybę dalyvauti mokymo procesuose: sutinku..... prieštarauju..... (parašas, data) (parašas, data)
10.	Esu informuotas (-a), kad mano pateiktu elektroniniu paštu ir / ar mobiliojo telefono numeriu būtų siunčiama informacija apie VšĮ Vilniaus rajono centrinėje poliklinikoje teikiamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, kuri VšĮ Vilniaus rajono centrinės poliklinikos manymu man gali būti naudinga (SMS žinutės apie profilaktines programas, vizitų laikus ir pan.) sutinku..... prieštarauju..... (parašas, data) (parašas, data)
11.	Esu informuotas (-a), kad mano šeimos gydytojui nutraukus darbo santykius ar sumažinus darbo krūvį, man bus pasiūlyta pasirinkti kitus šeimos gydytojus. Esu informuota (-as) ir sutinku, esant galimybei gauti informaciją apie savo sveikatą šiame dokumente nurodytu mobiliuoju telefonu (-ais) ir (ar) elektroniniu paštu. Esu informuotas (-a) ir sutinku su tuo, kad teikdama informaciją telefonu ir (ar) elektroniniu paštu, VšĮ Vilniaus rajono centrinė poliklinika negalės objektyviai įsitikinti mano tapatybe bei užtikrinti asmens duomenų, tarp jų ir informacijos apie sveikatą, saugumo. sutinku..... prieštarauju..... (parašas, data) (parašas, data)

II. DĖL ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ TEIKIMO

1.	Sutinku, kad įstaigos sveikatos priežiūros specialistai įvertintų mano sveikatos būklę, mane apžiūrėtų, paskirtų ir atliktų reikalingas tyrimų ir gydymo procedūras.
2.	Esu informuotas (-a), kad intervencinėms, invazinėms procedūroms ir chirurginėms operacijoms, išskyrus procedūras nurodytas III dalyje, turės būti gautas mano atskiras raštiškas sutikimas.
3.	Esu informuotas (-a), kad turiu teisę bet kada raštu atsisakyti siūlomo gydymo ir tyrimų.
Paciento arba paciento atstovo parašas, data	

III. DĖL SUTIKIMO INTERVENCIŪM/INVAZINIŪM PROCEDŪROMS

1.	Esu susipažinęs (-usi) su Informaciniais lapais apie kraujo paėmimą laboratoriniams tyrimams, periferinės venos punkciją ir (ar) intraveninio kateterio įvedimą (lašelinę), injekcijas į raumenis ar poodį. Esu informuota (-as), kad šie informaciniai lapai yra registratūroje.
2.	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 įvedimą (lašelinę), injekcijas į raumenis ar poodį be atskiro raštiško mano sutikimo.
Paciento arba paciento atstovo parašas, data	

*Man žinoma, kad bet kada galiu pakeisti savo išreikštą valią.

Paciento arba paciento atstovo parašas, data _____