

<p>VšĮ „Vilniaus rajono centrinė poliklinika“  Ištaigos kodas 124246958  Laisvės pr. 79, Vilnius,  06122Vilnius  Tel. (+370 - 5) 247-00-27  Faks. (+370 – 5) 238-81-28  El.p. vrcp@vrcp.lt</p>	<p>PATVIRTINTA:  VšĮ Vilniaus rajono centrinės poliklinikos  direktorius  2024 m. spalio 16 d. įsakymu Nr. V- 249  1 priedas</p> <p style="text-align: center;"><b>PACIENTO VALIOS PAREIŠKIMAS</b></p>
<p>Paciento vardas, pavardė,  gimimo data arba asmens kodas,  adresas,  telefonai, el. paštas</p>	
<p>Paciento atstovo vardas, pavardė,  gimimo data arba asmens kodas,  adresas,  telefonai, el. paštas,  atstovavimo pagrindas</p>	
<b>Informacija apie VšĮ Vilniaus rajono centrinėje poliklinikoje nustatytą tvarką, paciento teises ir pareigas</b>	
<p>Esu supažindintas su VšĮ Vilniaus rajono centrinės poliklinikos vidaus tvarkos taisyklėmis ir Elgesio nedarbingumo metu taisyklėmis. Jas supratau ir įsipareigoju vykdyti.  Esu supažindintas dėl pagarbaus ir deramo elgesio su visais sveikatos priežiūros įstaigos darbuotojais ir kitais pacientais.</p>	<p>Paciento / paciento atstovo parašas</p>
<p>Esu informuotas, kur VšĮ Vilniaus rajono centrinėje poliklinikoje skelbiama:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- informacija apie teikiamas nemokamas, mokamas, iš dalies mokamas paslaugas, jų kainas ir galimybes šiomis paslaugomis pasinaudoti;</li> <li>- informacija apie siuntimo į kitas sveikatos priežiūros įstaigas tvarką;</li> <li>- informacija apie sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių specialistų profesinę kvalifikaciją, galimybę rinktis sveikatos priežiūros specialistą;</li> <li>- informacija apie paciento pareigą bendradarbiauti su asmens sveikatos priežiūros paslaugas paskyrusiu ir (ar) teikiančiu sveikatos priežiūros specialistu, vykdyto jo paskyrimus ir nurodymus, pranešti apie bet kokius nukrypimus nuo paskyrimų ar nustatyto režimo;</li> <li>- Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos nustatymo įstatymas;</li> <li>- kita pacientui aktuali informacija.</li> </ul>	<p>Paciento / paciento atstovo parašas</p>
<p>Esu informuotas, kad užsiregistravęs planinei asmens sveikatos priežiūros paslaugai gauti, tačiau negalintis atvykti nustatytu laiku, privalau apie tai informuoti VšĮ Vilniaus rajono centrinę polikliniką ne vėliau kaip prieš 24 val. iki numatomo paslaugos gavimo laiko pradžios.</p>	<p>Paciento / paciento atstovo parašas</p>
<p>Esu informuotas, kad pažeisdamas savo pareigas ir tuo sukeldamas grėsmę savo ir kitų pacientų sveikatai ir gyvybei, arba trukdant jiems gauti kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas, sveikatos priežiūros paslaugų teikimas gali būti nutrauktas, išskyrus atvejus, jei tai grėstų pavojus gyvybei.</p>	<p>Paciento / paciento atstovo parašas</p>
<b>Informacijos apie paciento sveikatą teikimas</b>	
<p><b>Sutinku / nesutinku</b> (nereikalingą išbraukti), kad man būtų teikiama visa informacija apie mano sveikatos būklę, ligos diagnozę, medicininių tyrimų duomenis, gydymo metodikas ir prognozę, vaistus bei jų vartojimą</p>	<p>Paciento / paciento atstovo parašas</p>

<p><b>Sutinku / nesutinku</b> (nereikalingą išbraukti) esant galimybei gauti informaciją apie savo sveikatą šiame dokumente nurodytu telefonu. Esu informuotas 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.</p>	Paciento / paciento atstovo parašas
<p>Esu informuotas, kad informacija apie mano sveikatą gali būti teikiama asmenims pateikusiems rašytinį teisės aktų nustatyta tvarka sudarytą mano sutikimą bei kitiems asmenims, kai tai numato teisės aktai.</p> <p><b>Sutinku</b>, kad informacija apie mano lankymąsi VšĮ Vilniaus rajono centrinėje poliklinikoje, sveikatos būklę, diagnozę, taikomą gydymą, gydymo bei slaugos priemones ir kita asmeninio pobūdžio informacija būtų teikiama žemiau įvardintiems asmenims (įrašyti vardą, pavardę / pavadinimą). Informacijos teikimo terminas: iki...../neribotai (pabraukti).</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	Paciento / paciento atstovo parašas
<p>Esu supažindintas ir <b>sutinku / nesutinku</b> (nereikalingą išbraukti), kad informacija apie mane, mano sveikatą, diagnozę, taikomą gydymą būtų naudojama mokymo tikslais.</p>	Paciento / paciento atstovo parašas
<p>Esu informuotas (-a), kad mano šeimos gydytojui nutraukus darbo santykius ar sumažinus darbo krūvį, man bus pasiūlyta pasirinkti kitus šeimos gydytojus.</p>	Paciento / paciento atstovo parašas
<p>Esu informuotas (-a), kad be mano sutikimo nebūsiu įtrauktas į biomedicininis tyrimus. Paciento įtraukimo į šiuos tyrimus tvarką nustato Biomedicininis tyrimų etikos įstatymas.</p>	Paciento / paciento atstovo parašas
<b>Sutikimai dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų</b>	
<p><b>Sutinku / nesutinku</b> (nereikalingą išbraukti), kad nereikia atskiro mano sutikimo bet kokiam atliekamam apžiūrai ir tyrimui, kai nepažeidžiamas audinių vientisumas. Man išaiškinta, kad šis mano sutikimas apima ir akių junginių, ausų, burnos, ryklės, nosies ertmių, tiesiosios žarnos, makšties (moterims) apžiūrą, taip pat medžiagos tyrimams iš šių vietų paėmimą, nepažeidžiant audinių vientisumo.</p> <p>Esu informuotas apie galimas šių procedūrų rizikas ir komplikacijas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● dažnai pasitaikančias: nenustatyta;</li> <li>● retai pasitaikančias: nežymus skausmas, nemalonus pojūtis, infekcija.</li> </ul>	Paciento / paciento atstovo parašas
<p>Esu informuotas (a), kad operacijos, invazinės ir / ar intervencinės procedūros, išskyrus paminėtas šiame valios pareiškime, bus atliekamos gavus mano atskirą sutikimą.</p>	Paciento / paciento atstovo parašas
<p><b>Sutinku / nesutinku</b> (nereikalingą išbraukti) elektroninių ryšių priemonėmis gauti nuotolinės sveikatos priežiūros paslaugas: skirti pakartotinių tyrimus, tęsti anksčiau paskirtų vaistinių preparatų ar medicinos pagalbos priemonių (įskaitant tuos, kurių išlaidos kompensuojamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis) skyrimą, paaiškinant atliktų tyrimų rezultatus ir pagal juos pakoreguoti gydymą.</p> <p>Patvirtinu, kad esu informuotas, kad nuotolinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos metu turėsiu pateikti savo (paciento) asmens duomenis, įskaitant paskutinius asmens kodo skaičius, bei kitą informaciją, susijusią su mano sveikata. Prisiimu visą atsakomybę už telefonu pateiktos informacijos teisingumą. Suprantu, kad nuotolinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos teikimo metu gydytojas neturi galimybės paciento apžiūrėti, fiziškai įvertinti jo sveikatos būklės, todėl ši paslauga negali visiškai pakeisti gydytojo konsultacijos „akis į akį“. Pirminės ambulatorinės nuotolinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos teikimo metu yra didesnė komunikavimo, o tuo pačiu ir gydymo klaidų tikimybė. Esant galimybei rekomenduojama visada rinktis gydytojo konsultaciją „akis į akį“. Žinau, kad man suteikus pirminę ambulatorinę nuotolinę asmens sveikatos priežiūros paslaugą, kitą kartą dėl tos pačios priežasties privalėsiu atvykti į įstaigą.</p>	Paciento / paciento atstovo parašas
<p><b>Sutinku / nesutinku</b> (nereikalingą išbraukti), kad nereikia atskiro mano sutikimo radiologiniams tyrimams.</p> <p>Esu informuotas apie radiologinių tyrimų riziką – jonizuojančios spinduliuotės apšvitą ir suprantu, kad atliekant radiologinius tyrimus naudojamos modernios technologijos, todėl gauta apšvitosis dozė tokia maža, kad nėra rizikos susirgti spinduline liga ar nudegti odą. Taip pat suprantu, kad atliekant kelis radiologinius tyrimus, pacientas gauna didesnę apšvitosis dozę, tačiau ir ši dozė dažniausiai yra mažesnė už tą, kurią žmogus gauna iš gamtinio fono per metus. Esu informuotas, kad konkrečią tyrimo metu gaunamą apšvitosis dozę galiu sužinoti iš tyrimą atliekančio specialisto.</p>	

<p>MOTERIMS. Esu informuota, kad radiologinę procedūrą skiriančią ir atliekančią asmenį pri- valau informuoti, jei esu (galiu būti) nėščia.</p>	<p>Paciento / paciento atstovo parašas</p>	
<p><b>Sutinku / nesutinku</b> (nereikalingą išbraukti), kad nereikia atskiro mano sutikimo kraujo paėmimui (iš piršto ir (ar) iš venos), intraveninėms lašinėms, injekcijoms į veną ir / ar raumenis, ir / ar odą, ir / ar po oda, ir / ar į gleivinę. Esu informuotas apie galimas šių procedūrų rizikas ir komplikacijas:  <ul style="list-style-type: none"> <li>● dažnai pasitaikančias: skausmas, kraujosruva;</li> <li>● retai pasitaikančias: vietinė audinių reakcija (paburkimas, paraudimas), alerginė reak- cija, karščiavimas, ortostatinis kolapsas, alpimas, abscesas, audinių nekrozė, nervų pažei- dimas, venų uždegimas.</li> </ul> </p>	<p>Paciento / paciento atstovo parašas</p>	
<p>Aš, būdamas nepilnamečio paciento iki 16 metų atstovu, <b>sutinku</b> kad mano sūnui / dukrai asmens sveikatos priežiūros paslaugos būtų teikiamos (nereikalingą išbraukti):  <ul style="list-style-type: none"> <li>● su bet kurio mano sūnų / dukrą lydinčio suaugusio asmens sutikimu;</li> <li>● tik su vienu iš tėvų / globėju ir jo sutikimu.</li> </ul> </p>	<p>Paciento atstovas v. pavardė, parašas</p>	
<p><b>Sutinku / nesutinku</b> (nereikalingą išbraukti), kad mano pateiktu elektroniniu paštu ir / ar mobiliojo telefono numeriu būtų siunčiama informacija apie VšĮ Vilniaus rajono centri- nėje poliklinikoje teikiamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, kuri VšĮ Vilniaus ra- jono centrinės poliklinikos manymu man gali būti naudinga.</p>	<p>Paciento / paciento atstovo parašas</p>	
<p>Man išaiškinta, kad bet kurią šio savo sutikimo dalį galiu atšaukti ar pakeisti raštu kreip- damasis į VšĮ Vilniaus rajono centrinės poliklinikos Registratūros darbuotoją.</p>	<p>Paciento / paciento atstovo parašas</p>	
<p>Pacientą / jo atstovą supažindinęs darbuotojas</p>	<p>pareigos, vardas, pavardė, parašas</p>	<p>20__-__-__</p>