

VšĮ „Karoliniškių poliklinika“ Įstaigos kodas 124244754 L. Asanavičiūtės g. 27 A, 04318 Vilnius tel./faks. (8 5) 245 8438 rastine@karpol.lt , www.karpol.lt	VNB Nr. 01.0 PATVIRTINTA: VšĮ Karoliniškių poliklinikos direktoriaus 2013 m. sausio 10 d. įsakymu Nr. V1-1.1-6
Paciento vardas, pavardė, gimimo data arba asmens kodas, adresas, telefonai, el. paštas	PACIENTO VALIOS PAREIŠKIMAS DĖL SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ
Paciento atstovo vardas, pavardė, gimimo data arba asmens kodas, adresas, telefonai, el. paštas, atstovavimo pagrindas	
Informacija apie VšĮ Karoliniškių poliklinikoje nustatytą tvarką, paciento teises ir pareigas	
Esu supažindintas su VšĮ Karoliniškių poliklinikos vidaus tvarkos taisyklėmis ir Elgesio nedarbingumo metu taisyklėmis. Jas supratau ir įsipareigoju vykdyti.	Paciento / paciento atstovo parašas
Esu informuotas, kur VšĮ Karoliniškių poliklinikoje skelbiama: <ul style="list-style-type: none"> - informacija apie teikiamas nemokamas, mokamas, iš dalies mokamas paslaugas, jų kainas ir galimybes šiomis paslaugomis pasinaudoti; - informacija apie siuntimo į kitas sveikatos priežiūros įstaigas tvarką; - informacija apie sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių specialistų profesinę kvalifikaciją, galimybę rinktis sveikatos priežiūros specialistą; - Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos nustatymo įstatymas; - kita pacientui aktuali informacija. 	Paciento / paciento atstovo parašas
Informacijos apie paciento sveikatą teikimas	
Sutinku / nesutinku (nereikalingą išbraukti), kad man būtų teikiama visa informacija apie mano sveikatos būklę, ligos diagnozę, medicininių tyrimų duomenis, gydymo metodikas ir prognozę.	Paciento / paciento atstovo parašas
Esu informuotas ir sutinku / nesutinku (nereikalingą išbraukti), kad visa informacija apie man taikomą gydymą, jo trukmę, procedūrų ir (ar) tyrimų atlikimo terminus ir (ar) periodiškumą, vaistus bei jų vartojimą būtų teikiama žodžiu, išskyrus atvejus, kai teisės aktai numato rašytinį informacijos teikimą.	Paciento / paciento atstovo parašas

tęsinys →

← pradžia

<p>Sutinku / nesutinku (nereikalingą išbraukti) esant galimybei gauti informaciją apie savo sveikatą šiame dokumente nurodytu telefonu ir (ar) elektroniniu paštu. Esu informuotas ir sutinku su tuo, kad teikdama informaciją telefonu ir (ar) elektroniniu paštu, VšĮ Karoliniškių 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>Sutinku, kad informacija apie mano lankymąsi VšĮ Karoliniškių poliklinikoje, sveikatos būklę, diagnozę, taikomą gydymą, gydymo bei slaugos priemones ir kita asmeninio pobūdžio informacija būtų teikiama žemiau įvardintiems asmenims (įrašyti vardą, pavardę / pavadinimą)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	Paciento / paciento atstovo parašas
<p>Esu supažindintas ir sutinku / nesutinku (nereikalingą išbraukti), kad informacija apie mane, mano sveikatą, diagnozę, taikomą gydymą būtų naudojama mokymo tikslais.</p>	Paciento / paciento atstovo parašas
Sutikimai dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų	
<p>Sutinku / nesutinku (nereikalingą išbraukti), kad nereikia atskiro mano sutikimo bet kokiai atliekamai 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">● dažnai pasitaikančias: nenustatyta;● retai pasitaikančias: nežymus skausmas, nemalonūs pojūtis, infekcija.	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

tęsinys →

← pradžia

<p>Sutinku / nesutinku (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 apšvitos dozė tokia maža, kad nėra rizikos susirgti spinduline liga ar nudegti odą. Taip pat suprantu, kad atliekant kelis radiologinius tyrimus, pacientas gauna didesnę apšvitos 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 apšvitos dozę galiu sužinoti iš tyrimą atliekančio specialisto.</p> <p>MOTERIMS. Esu informuota, kad radiologinę procedūrą skiriančią ir atliekančią asmenį privalau informuoti, jei esu (galiu būti) nėščia.</p>	Paciento / paciento atstovo parašas
<p>Sutinku / nesutinku (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.</p> <p>Esu informuotas apie galimas šių procedūrų rizikas ir komplikacijas:</p> <ul style="list-style-type: none">● dažnai pasitaikančias: skausmas, kraujosruva;● retai pasitaikančias: vietinė audinių reakcija (paburkimas, paraudimas), alerginė reakcija, karščiavimas, ortostatinis kolapsas, alpimas, abscesas, audinių nekrozė, nervų pažeidimas, venų uždegimas.	Paciento / paciento atstovo parašas
<p>Aš, būdamas nepilnamečio paciento iki 16 metų atstovu, sutinku kad mano sūnui / dukrai asmens sveikatos priežiūros paslaugos būtų teikiamos (nereikalingą išbraukti):</p> <ul style="list-style-type: none">● su bet kurio mano sūnų / dukrą lydinčio suaugusio asmens sutikimu;● su mano sūnaus / dukros sutikimu.	Paciento atstovas v. pavardė, parašas
<p>Sutinku / nesutinku (nereikalingą išbraukti), kad mano pateiktu elektroniniu paštu ir / ar mobiliojo telefono numeriu būtų siunčiama informacija apie VšĮ Karoliniškių poliklinikoje teikiamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, kuri VšĮ Karoliniškių poliklinikos manymu man gali būti naudinga.</p>	Paciento / paciento atstovo parašas
<p>Man išaiškinta, kad bet kurią šio savo sutikimo dalį galiu atšaukti ar pakeisti raštu kreipdamasis į VšĮ Karoliniškių poliklinikos Registratūros vedėją.</p>	Paciento / paciento atstovo parašas
<p>Pacientą / jo atstovą supažindinęs darbuotojas</p>	pareigos, vardas, pavardė, parašas