

**VIEŠOJI ĮSTAIGA KĖDAINIŲ LIGONINĖ**  
Imonės kodas 191045581 Budrio g. 5, 57164 Kėdainiai, +370634767101

**PACIENTO VALIO PAREIŠKIMAS  
DĖL ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ TEIKIMO**

Paciento (-ės) (vardas, pavardė, gimimo data) \_\_\_\_\_

Telefono nr.: \_\_\_\_\_ El. paštas: \_\_\_\_\_

Paciento (-ės) atstovo vardas, pavardė: \_\_\_\_\_

Atstovavimo pagrindas: \_\_\_\_\_

**1. Informacija apie Viešosios Įstaigos Kėdainių ligoninės (toliau – Ligoninės) nustatytą tvarką:**

1.1 Esu supažindintas (-a) su Ligoninės vidaus tvarkos taisyklėmis, jas supratau ir **SUTINKU** jų laikytis.

1.2 Esu informuotas (-a) apie savo teises: teisę pasirinkti sveikatos priežiūros specialistą, teisę nutraukti gydymą, teisę į informaciją ir kitas teises bei šių teisių galimus apribojimus.

1.3 Esu supažindintas (-a) su mokamų ir nemokamų, ar iš dalies mokamų paslaugų teikimo tvarką ir galimybėmis jomis pasinaudoti.

1.4 Esu supažindintas (-a) kad mano asmens duomenys<sup>1</sup> yra tvarkomi duomenų valdytojo Ligoninės, įstatymų numatyta tvarka, medicininių paslaugų teikimo tikslu, bei tam neprieštarauju.

1.5 Esu supažindintas (-a) apie siuntimo į kitas sveikatos priežiūros įstaigas tvarką.

1.6 Esu supažindintas (-a) apie sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių specialistų profesinę kvalifikaciją, galimybę rinktis sveikatos priežiūros specialistą.

1.7 Esu supažindintas (-a) su elgesio taisyklėmis nedarbingumo metu.

1.8 Esu supažindintas (-a) apie paciento pareigą bendradarbiauti su sveikatos priežiūros paslaugas paskyrusiu ir (ar) teikiančiu sveikatos priežiūros specialistu, vykdyti jo paskyrimus ir nurodymus, pranešti apie bet kokius nukrypimus nuo paskyrimų.

1.9 Esu supažindintas (-a) su mano (mano atstovaujamojo) sveikatos būkle, ligos diagnoze, galimais alternatyviais gydymo ar tyrimo būdais, galimybėmis Ligoninėje rinktis taikomus diagnostikos ir gydymo metodus, galima rizika, komplikacijomis, šalutiniu poveikiu, gydymo prognoze ir kitomis aplinkybėmis, kurios galėjo turėti įtakos mano (mano atstovaujamojo) apsisprendimui sutikti ar atsisakyti siūlomo gydymo, taip pat pasekmėmis atsisakius siūlomo gydymo.

\_\_\_\_\_  
(paciento (-ės) (paciento (-ės) atstovo) parašas)

\_\_\_\_\_  
(supažindinusio sveikatos priežiūros specialisto vardas,  
pavardė, parašas)

**Data:** .....

**2. Paciento (-ės) (paciento (-ės) atstovo) valios pareiškimas:**

2.1 **Sutinku/nesutinku** (nereikalingą išbraukti) su man skiriamais tyrimais, gydymu ir procedūromis. Man suprantama forma esu supažindintas (-a) su gydymo, tyrimų, invazinių ir (ar) intervencinių procedūrų (injekcijų į raumenis, periferinių venų punkcijų, siekiant atlikti injekcijas, infuzijas ar paimti kraują laboratoriniams tyrimams arba kitoms invazinėms procedūroms, kai nepažeidžiamas audinių vientisumas) procedūrų esmę, eigą, pobūdį, tikslą, galimas šalutines (nepageidaujamas reakcijas) bei galimais padariniais atsisakius šių procedūrų, apie intervencinių procedūrų apimties keitimo leistinumą, jei jų metu su manimi (mano atstovaujamuoju) papildomai to aptarti nebus galimybės, o sutikimo metu to nuspřesti negalima.

2.2 **Sutinku/nesutinku** (nereikalingą išbraukti), kad man būtų teikiama visa informacija apie mano sveikatos būklę, ligos diagnozę, medicininių tyrimų duomenis, gydymo metodikas ir prognozę.

<sup>1</sup> Ligoninė, kaip duomenų valdytojas tvarko šiuos jūsų asmens duomenis: vardas, pavardė, asmens kodas, telefono numeris, adresas, draustumas. Specialiuosius duomenis, susijusius su sveikata: asmens sveikatos būklės įvertinimas (anamnezė), gydymo prognozės, diagnozės, tyrimų rezultatai.

Jūsų asmens duomenys, gali būti perduodami šioms duomenų valdytojams ar tvarkytojams: VLK, TLK, VMI, Sodrai, medicinos paslaugų teikėjams, Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnybai prie SAM, VĮ Registrų centrui, Teritorinei darbo biržai, Kėdainių rajono savivaldybės administracijai (bendradarbiavimas prieš smurtą).

2.3 **Sutinku/nesutinku** (nereikalingą išbraukti) būti įtrauktas į mokymo procesą, kurio metu sveikatos priežiūros specialistai (rezidentai, internai) mokosi diagnozuoti, pažinti ligas ir kelia savo kvalifikaciją bei šiam tikslui anonimiškai naudoti duomenis, susijusius su mano ligos gydymu.

2.4 **Sutinku/nesutinku** (nereikalingą išbraukti), jog man ar mano šeimos nariams viešai atskleidus buvimo Ligoninėje faktą ar kitą konfidencialią informaciją visuomenės informavimo priemonėmis Ligoninė, vadovaudamasi protingumo, sąžiningumo ir teisingumo principais, įgyja teisę viešai atskleisti konfidencialią informaciją taip pat teikti papildomus paaiškinimus, argumentuotas nuomones ir kt., siekiant užtikrinti maksimalų visuomenei viešinamos informacijos objektyvumą.

2.5. **Sutinku/nesutinku** (nereikalingą išbraukti), kad aukščiau nurodytu elektroniniu paštu ir/ar telefonu (pasirinktinai) man būtų teikiama informacija apie suplanuotų vizitų pakeitimus Ligoninėje ar kita aktuali informacija, susijusi su apsilankymu Ligoninėje.

2.6. **Sutinku/nesutinku** (nereikalingą išbraukti), kad elektroniniu paštu ir/ar telefonu (pasirinktinai) man būtų teikiama informacija rinkodaros tikslu apie naujas paslaugas, apklausos apie paslaugų kokybę ir prieinamumą, sveikatinimo programas ar kita aktuali informacija Ligoninės pacientams. *El. pašto adresas/ telefonas*, kuriuo galima teikti informaciją \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(paciento (-ės) (paciento (-ės) atstovo) parašas)

\_\_\_\_\_  
(supažindinusio sveikatos priežiūros specialisto vardas, pavardė, parašas)

Data:.....

3. **Sutinku**, kad informacija apie mano (mano atstovaujamojo) sveikatos būklę, diagnozes, taikomą gydymą ir medicininių tyrimų duomenis, prognozę ir kita asmeninio pobūdžio informacija būtų teikiama šiam asmeniui:

\_\_\_\_\_  
(vardas (-ai), pavardė (-ės), ryšys su pacientu, telefono numeris (-iai))

#### 4. Nenumatyti, ypatingi atvejai (*Pildo gydantis specialistas*):

1. Kai sveikatos priežiūra turi būti teikiama pacientui, kuris **negali būti laikomas gebančiu protingai vertinti savo interesų**, ir **nėra nurodytų asmenų**, arba **jie nenustatyti**, arba **jie atsisakė būti atstovais**, arba **nėra galimybių su jais susisiekti taip greitai, kaip tai būtina**, ar **gauti jų informacija pagrįstą sutikimą laiku**, sprendimą dėl pacientui teiktinos sveikatos priežiūros ir jos masto, alternatyvos pasirinkimo priima sveikatos priežiūrą teikiantys trys specialistai.

\_\_\_\_\_  
(Sveikatos priežiūros specialisto pareigos, vardas, pavardė, parašas, data)

\_\_\_\_\_  
(Sveikatos priežiūros specialisto pareigos, vardas, pavardė, parašas, data)

\_\_\_\_\_  
(Sveikatos priežiūros specialisto pareigos, vardas, pavardė, parašas, data)