Baltupių ŠMC

PRAŠYMAS
GYDYTIS PASIRINKTOJE PIRMINĖS ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOJE

PATVIRTINTA
Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos
Ministro 2001 m. lapkričio 9 d.
įsakymu Nr. 583

forma Nr. 025-025-1/a

Aš (Vardas, Pavardė) _____ ,

asmens kodas _____ ,

gyvenantis (adresas) _____ ,

telefono numeris ir _____ el. pašto adresas (nebūtina) _____ ,

prašau mane įrašyti į Baltupių Šeimos medicinos centro aptarnaujamų asmenų sąrašus,

pas gydytoją _____

Info: gydytojo vardą ir pavardę galima rasti adresu www.baltupiusmc.lt/gydytojai

ARBA ☐ Sutinku, kad gydytoją man paskirtų Baltupių ŠMC atsakingas darbuotojas

Data

Asmens (globėjo) parašas _____

PACIENTO VALIOS PAREIŠKIMAS DĖL SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ TEIKIMO IR ASMENS DUOMENŲ TVARKYMO UAB „BALTUPIŲ ŠEIMOS MEDICINOS CENTRAS“

PATVIRTINTA
UAB Baltupių šeimos medicinos centro Direktorės
2019m Gegužės 15 d.
Įsakymu Nr. 2019/05/15

Pacientas (pildyti privaloma) _____ ,

(vardas, pavardė, gim.data)

Atstovas (pildoma, kai pacientas mepilnametis arba atstovaujamas kitais atvejais):

○ paciento atstovas pagal įstatymą (tėvai, įtėviai, globėjai, rūpintojai)

○ paciento atstovas pagal pavedimą (įgaliojimas įforminamas Lietuvos Respublikos įstatymų numatyta tvarka)

_____ ,

(vardas, pavardė, gim.data, ryšys su pacientu/įgaliojimo data, numeris)

Data

Eil. nr.	PAREIŠKIMAS	Pažymėti tinkamą	
1.	Su UAB Baltupių šeimos medicinos centro (kodas 125228728, Didlaukio g 80A, Vilnius, tel (8 5) 277 2337, el. p. registratura@baltupiusmc.lt) (toliau Centras) vidaus tvarkos taisyklėmis susipažinau, jose nurodytas paciento teises ir pareigas supratau. Su informacija apie siuntimo į kitas sveikatos priežiūros įstaigas tvarką, informacija apie sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių specialistų profesinę kvalifikaciją, galimybę rinktis sveikatos priežiūros specialistą, informacija 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, susipažinau (informacija apie tai yra viešai skelbiama registratūroje ir Centro tinklalapyje).	◯ Sutinku	◯ Nesutinku
2.	Su elgesio taisyklėmis nedarbingumo metu susipažinau, jose nurodytas paciento teises ir pareigas supratau (informacija apie tai yra viešai skelbiama registratūroje ir Centro tinklalapyje).	◯ Sutinku	◯ Nesutinku
3.	Su informacija apie Centre teikiamas nemokamas ir mokamas paslaugas, jų kainynu, teikimo tvarka ir galimybe jomis pasinaudoti susipažinau (informacija apie tai yra viešai skelbiama registratūroje ir Centro tinklalapyje).	◯ Sutinku	◯ Nesutinku
4.	Sutinku, kad Centro sveikatos priežiūros specialistai, teikdami man sveikatos priežiūros paslaugas, mane apžiūrėtų, vertintų mano sveikatos būklę, paskirtų ir atliktų reikalingus tyrimus ir gydymą. Žinau, kad turiu teisę bet kada raštu atsisakyti siūlomo gydymo ir tyrimų, kitų mokamų medicininių paslaugų ar tyrimų. Man raštu neatsisakius siūlomo gydymo ir tyrimų pasižadu juos vykdyti, o suteiktas mokamas medicinines paslaugas ar tyrimus apmokėti Centre nustatyta tvarka.	◯ Sutinku	◯ Nesutinku
5.	Sutinku, kad kraujo paėmimas (iš piršto/venos), intraveninės lašinės, injekcijos į veną/raumenis/poodį/odą/ gleivinę paskyrus gydytojui ar man pageidaujant būtų atlikti be atskiro mano raštiško sutikimo. Žinau, kad kitos intervencinės, invazinės procedūros ir chirurginės operacijos atliekamos tik gavus mano atskirą raštišką sutikimą.	◯ Sutinku	◯ Nesutinku
6.	Sutinku, kad informacija apie mano lankymąsi Centre, mano sveikatos būklę, taikomą gydymą, ligos diagnozę, medicininių tyrimų duomenis, gydymo metodus, vaistus bei jų vartojimą ir prognozę, ir kita asmeninio pobūdžio informacija (tame tarpe ir apie psichikos sveikatą) būtų teikiama **šiems asmenims** (įrašyti vardą, pavardę/ pavadinimą, kontaktinius duomenis):	◯ Sutinku	◯ Nesutinku
7.	Sutinku, kad Centras informacinėmis ir elektroninių ryšių priemonėmis, kuriomis yra galimybė identifikuoti asmenį, teiktų man nuotolines sveikatos priežiūros paslaugas, t.y. nuotoliniu būdu (man fiziškai nevykstant į Centrą) konsultuotų, skirtų tyrimus, vaistinius preparatus ar medicinos pagalbos priemones ir pan. LR SAM nustatyta apimtimi, turiniu ir dažnumu.	◯ Sutinku	◯ Nesutinku
8.	Sutinku dalyvauti mokymo procese ir mokymo tikslais leidžiu naudoti informaciją apie mano sveikatą, diagnozę, taikomą gydymą.	◯ Sutinku	◯ Nesutinku
9.	**Pildoma tik jei pacientas nepilnametis:** sutinku, kad mano nepilnamečiam iki 16 metų sūnui/dukrai/globotiniui asmens sveikatos priežiūros paslaugos būtų teikiamos kreipiantis savarankiškai be lydinčio suaugusio.	◯ Sutinku	◯ Nesutinku
10.	Sutinku, kad mano identifikavimui Centras pagal nustatytą tvarką laisvai parinktų ir naudotų iš mano asmens duomenų šiuos kelis duomenis: vardas, pavardė, gimimo data, šeimos gydytojo vardas ir pavardė, asmens kodo 4 paskutiniai skaičiai, prisiregistravimo Centre apytikslė data, elektroninis paštas, nurodyti Centro informacinėje sistemoje. Sutinku, kad telefonu ir (ar) el. paštu man būtų teikiama informacija apie man paskirtą gydytoją, vizito laiką, datą, paskirtus medikamentus, diagnozes ir pan. **Esu informuotas,** kad ne visais atvejais Centras turės galimybę tinkamai identifikuoti mane, todėl visiškai suprantu ir prisiimu riziką dėl galimo duomenų atskleidimo tretiesiems asmenims.	◯ Sutinku	◯ Nesutinku
11.	Sutinku, kad el. paštu ir (ar) telefonu man būtų teikiami šie pranešimai: 1. Informacija apie naujus, pažangius gydymo būdus; 2. Priminimai apie profilaktinius patikrinimus ir vykdomas prevencines programas; 3. Apklausos apie teikiamų paslaugų kokybę; 4. Kita svarbi informacija.	◯ Sutinku	◯ Nesutinku

Svarbu. Bet kuriuo metu, kreipdamiesi el. paštu registratura@baltupiusmc.lt arba į savo šeimos gydytoją galite atšaukti bet kurį šiame valios pareiškime išreikštą sutikimą nenurodant atsisakymo priežasčių.

Suprantu, kad Centras, po mano atsisakymo, nebegalės man teikti paslaugų visa apimtimi.
Suprantu apie pasekmes dėl mano kaltės nebaigto ar iš dalies nebaigto gydymo ir nepilnos ar neišsamios informacijos pateikimo Centro medicinos personalui.

Taip pat turite teisę susipažinti su Centre saugomais savo asmens duomenimis, teisę reikalauti juos ištaisyti, apriboti jų tvarkymą, ištrinti, teisę į duomenų perkėlimą. Daugiau informacijos apie asmens duomenų tvarkymą, galite rasti www.baltupiusmc.lt, Centro registratūroje.

(vardas, pavardė)

(parašas)

PILDO BALTUPIŲ ŠMC PERSONALAS

Įstaigos ID kodas	
Gydytojo ID kodas	
Prašymas registruotas įstaigoje	
	(data)
registracijos Nr.	
Atsakingas įstaigos darbuotojas	
	(pareigos)
	(Vardas Pavardė)
	(parašas)

Kaip užpildytą ir pasirašytą prašymą galima pateikti Baltupių ŠMC registratūrai?

- Elektroniniu būdu (paciento kompiuteryje arba išmaniajame telefone) užpildytą ir kvalifikuotu elektroniniu parašu pasirašytą prašymą kartu su paciento asmens dokumento kopija siųsti Baltupių ŠMC registratūrai naudojantis kontaktų forma (nuoroda: **www.baltupiusmc.lt/kontaktai** > mygtukas *„Siųsti dokumentus registratūrai“*);

- Ranka užpildytą ir pasirašytą prašymą kartu su paciento asmens dokumento kopija pateikti Baltupių ŠMC registratūros darbuotojui;