

**PACIENTO (AR PACIENTO ATSTOVO) SUTIKIMAS(PRAŠYMAS)
DĖL MOKAMOS ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGOS**

Paciento ar jo atstovo duomenys:

Vardas, pavardė: _____
(nurodyti ir atstovaujamo asmens vardą pavardę)

Asmens kodas / gimimo data: _____

Patvirtinu, kad

1. **Esu informuotas (-a)**, kad turiu teisę ir galimybes paslaugą gauti įstaigoje nemokamai (išskyrus tuos atvejus, kai paslauga nėra apmokama iš PSDF arba asmuo dėl atitinkamų priežasčių neturi teisės į nemokamą paslaugą), tačiau, šiuo atveju, **sutinku**, kad man/mano atstovaujama būtų teikiama (-os) mokama (-os) paslauga (-os), nes aš/mano atstovaujamas atitinku (-a) bent vieną iš žemiau išvardintų sąlygų:

Paslaugos teikimo pagrindas (pažymėti paslaugos teikimo pagrindą)

2. Pacientas nėra apdraustas privalomuoju sveikatos draudimu, o paslauga nepriskiriama būtinajai pagalbai. Pacientas, neturėdamas asmens sveikatos priežiūros įstaigos gydytojo siuntimo (jei teisės aktuose nėra numatyta papildomų sąlygų), savo iniciatyva kreipiasi dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugos (konsultacijos, stacionarinio gydymo, procedūros, tyrimo ir pan.) suteikimo.

3. Pacientui, teikiant jam iš PSDF biudžeto lėšų apmokamas paslaugas ir leidus gydančiam gydytojui, pageidauja gauti papildomas, t. y. pagrindinei ligai diagnozuoti ar gydyti nebūtinai paslaugas, medžiagas, tyrimus, medikamentus, medicinos pagalbos priemones, procedūras (pvz. fizioterapinės procedūros, masažai, vandens procedūros ir kt.).

4. Pacientas pageidauja gauti paslaugą, už kurią nėra apmokama iš PSDF biudžeto lėšų.

5. Pacientas nėra nuolatinis LR gyventojas, arba pacientas yra užsienietis ir nepateikė Europos sveikatos draudimo kortelės, sertifikato (mokama ir už būtinąją medicinos pagalbą)

6. Nurodyta data man priimtina ir sutinku laukti eilėje.

Nemokamos paslaugos suteikimo data:

7. Nurodyta data nepriimtina. Man paaiškinta, kad tokiu atveju paslauga būtų suteikta vėliau nei nurodyta data, nes būčiau įrašytas(-a) į laukimo eilę, todėl prašau paslaugą suteikti mokamai.

Remdamasis(-a) gauta informacija:

8. **Prašau suteikti mokamą asmens sveikatos priežiūros paslaugą ir sutinku apmokėti šios paslaugos kainą pagal galiojančias kainas ir tvarką.**

Paslaugų sąrašas:	Kaina Eur

Mokėjimo dokumento rūšis: 9. kasos kvitas 10. sąskaita 11. kitas: _____

Dokumento Nr.: _____ Dokumento data: ____ / ____ / _____

Paciento patvirtinimas

Patvirtinu, kad visa informacija apie teisę gauti paslaugą nemokamai ir apie mokamos paslaugos teikimą bei kainą buvo pateikta aiškiai ir suprantamai ir kad sprendimą priėmiau **savanoriškai**.

Paciento / atstovo parašas: _____ Data: ____ / ____ / _____