

Asmens sveikatos istorijos numeris _____

Šeimos (vaikų ligų, vidaus ligų) gydytojas

(pildo VŠĮ Utenos PSPC atstovas)

PATVIRTINTA

VŠĮ Utenos PSPC direktoriaus

2019 m. birželio 7 d. įsakymu Nr. D-49

Pacientas (pildyti privaloma) _____

(vardas, pavardė, asmens kodas)

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

paciento atstovas pagal įstatymą (tėvai, tėviai, globėjai, rūpintojai)

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

(vardas, pavardė, asmens kodas, ryšys su pacientu/įgaliojimo data, numeris)

(data)

**PACIENTO VALIOS PAREIŠKIMAS DĖL SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ
TEIKIMO IR ASMENS DUOMENŲ TVARKYMO VIEŠOJOJE ĮSTAIGOJE UTENOS PIRMINĖS
SVEIKATOS PRIEŽIŪROS CENTRE**

Eil. Nr.	Pareiškimas	Pažymėti tinkamą [x]	
		Sutinku	Nesutinku
1.	Su VŠĮ Utenos pirminės sveikatos priežiūros centro (kodas 283839950, Aukštakalnio g. 5, tel. (8 389) 63 770, el. p. info@utenospspc.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).		
2.	Su elgesio taisyklėmis nedarbingumo metu susipažinau, jose nurodytas paciento teises ir pareigas supratau (informacija apie tai viešai skelbiama registratūroje)		
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).		
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.		
5.	Sutinku, kad kraujo paėmimas (iš piršto/venos), intraveninės lašinės, injekcijos į veną/raumenis/poodj/oda/gleivinę paskyrus gydytojui ar man pageidaujant būtų atlikti be atskiro mano raštiško sutikimo.		
7.	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):		

8.	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.		
9.	Sutinku dalyvauti mokymo procese ir mokymo tikslais leidžiu naudoti informaciją apie mano sveikatą, diagnozę, taikomą gydymą.		
10.	Pildoma tik, jei pacientas yra nepilnamečis: sutinku, kad mano nepilnamečiam nuo 16 metų sūnui/dukrai/globotiniui asmens sveikatos priežiūros paslaugos būtų teikiamos kreipiantis savarankiškai be lydinčio suaugusio.		
11.	Sutinku, kad mano identifikavimui bus naudojami šie mano asmens duomenys: vardas, pavardė, gimimo data, šeimos gydytojo vardas ir pavardė, asmens kodo paskutiniai 4 skaičiai, prisiregistravimo Centre apytikslė data; elektroninis paštas, nurodytas Centro informacinėje sistemoje. Esu informuotas , kad ne visais atvejais Centras turės galimybę tinkamai identifikuoti mane, todėl visiškai suprantu ir prisiimu riziką dėl galimo duomenų atskleidimo tretiesiems asmenims.		
12.	Sutinku, kad el. paštu..... ir (ar) telefonu..... (irašyti) (irašyti) man būtų teikiami šie pranešimai: 1. Informacija apie man paskirtą gydytoją, vizito laiką, datą, paskirtus medikamentus, nustatytas diagnozes ir pan. 2. Informacija apie siūlomas sveikatos priežiūros paslaugas. 3. Priminimai apie profilaktinius patikrinimus ir vykdomas prevencines programas. 4. Apklausos apie teikiamų paslaugų kokybę. 5. Kita svarbi informacija.		
13.	Sutinku, kad asmens duomenys, esantys medicininės pažymos Nr. 094/A formoje (<i>vardas, pavardė, adresas, asmens kodas, medicininės pažymos unikalus kodas, išrašymo data, serijos numeris, organizacijos, kuriai skirta pažyma pavadinimas, neatvykimo į organizaciją laikotarpis, neatvykimo į organizaciją priežastys (dėl ligos, epideminė situacija, kitos priežastys), informacija apie pažymos galiojimą ir negaliojimą, išreikšto sutikimo arba nesutikimo žyma</i>) būtų pateikta trečiosioms šalims: Utenos rajono savivaldybės administracijai, mano vaiko/globotinio lankomoms ugdymo įstaigoms (ikimokyklinio ir priešmokyklinio ugdymo įstaigai, mokyklai, būreliui ir pan.). Šie duomenys saugomi 1 metus nuo pažymos išrašymo dienos. Neišreiškus sutikimo, medicininės pažymas privalėsiu pristatyti savarankiškai.		

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

Taip pat turite teisę susipažinti su savo asmens duomenimis, teisę reikalauti juos ištaisyti, apriboti jų tvarkymą, ištrinti, teisę į duomenų perkėlimą bei teisę pateikti skundą Valstybinei duomenų apsaugos inspekcijai (www.ada.lt). Daugiau informacijos apie asmens duomenų tvarkymą, galite rasti www.utenospspc.lt, Centro registratūroje. Duomenų apsaugos pareigūno kontaktai pasiteiravimui: duomenuapsauga@utenospspc.lt

(Vardas, pavardė, parašas)