

## MOKAMŲ ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ APSKAITOS LAPAS

1. Paciento (-ės) (Atstovo (-ės)) vardas, pavardė.....
2. Adresas.....
3. Paciento kreipimosi į konsultacinę polikliniką, stacionarizavimo data.....
4. Ligos istorijos (f. A 003/a, f. 025/a) Nr. ....
5. Gydančio gydytojo vardas, pavardė.....

**Esu informuotas**, kad **mokamas** asmens sveikatos priežiūros paslaugas, kurios nėra kompensuojamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau - PSDF) ir nepriskirtos būtiniosios medicinos pagalbos paslaugoms, taip pat kitas (nemedicininės) paslaugas apmoka patys pacientai arba už juos gali sumokėti kiti fiziniai ar juridiniai asmenys bei savanoriškojo draudimo įstaigos. **Sutinku**, kad man/mano atstovaujama būtų teikiamos mokamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos, kurios nėra kompensuojamos iš PSDF biudžeto lėšų ir nepriskirtos būtiniosios medicinos paslaugoms, ir kitos (nemedicininės) paslaugos, nes aš/mano atstovaujamas Lietuvos Respublikos teisės aktų nustatyta tvarka atitinka bent vieną iš žemiau išvardintų sąlygų (pažymėti paslaugos teikimo pagrindą):

Paslaugos teikimo pagrindas	
	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 stacionarinės ar specializuotos ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos (konsultacijos, stacionarinio gydymo, procedūros, tyrimo ir pan.) suteikimo.
	Pacientas, 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. fizinės terapijos procedūras, masažai, vandens procedūros ir kt.)
	Pacientas pasirenka brangiau kainuojančias asmens sveikatos priežiūros paslaugas. Pacientas supažindintas su nemokamų paslaugų vaistų, medicinos pagalbos priemonių, medžiagų, procedūrų ir brangiau kainuojančių paslaugų, vaistų, medicinos pagalbos priemonių, medžiagų, procedūrų skirtumais.
	Pacientas pageidauja gauti paslaugą, už kurią nėra apmokama iš PSDF biudžeto lėšų (dėl jos teikimo nėra sudaryta sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis).
	Pacientas nėra nuolatinis LR gyventojas ar užsienietis ir nepateikė Europos sveikatos draudimo kortelės, sertifikato (mokama ir už būtinąją medicinos pagalbą).

Mokamų paslaugų stacionare, poliklinikoje sąrašas  
(pildo gydantis gydytojas)

Pinigų suma užmokamas paslaugas  
(pildo buhalterija)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Viso.....Eur

Kasos pajamų orderio numeris, data: .....

**Sutinku** savo lėšomis apmokėti visas išlaidas, susijusias su man/mano atstovaujama planuojamomis teikti aukščiau nurodytomis asmens sveikatos priežiūros paslaugomis, kurios nėra kompensuojamos iš PSDF biudžeto lėšų, įstaigoje nustatyta tvarka, ir apmokėti į Ligoninės kasą aukščiau nurodytą sumą. ....

(vardas, pavardė, parašas)

**Patvirtinu**, kad šis **sutikimas** duotas aiškia ir suprantama forma tinkamai informavus apie mokamų paslaugų teikimo sąlygas ir tvarką. Pasirašydamas šį sutikimą tinkamai, galutinai ir neatšaukiamai išreiškiu savo (savo atstovaujamojo) valią, pilnai suvokiu savo veiksmus ir pasekmes:

(Paciento (jo atstovo) vardas, pavardė, atstovavimo pagrindas, data, laikas, parašas)

Gydančio gydytojo vardas, pavardė, parašas.....