

**PACIENTO PRAŠYMAS GYDYTIS (TIRTIS) SAVO LĖŠOMIS ĮSIGYTOMIS
PRIEMONĖMIS**

Aš pageidauju, kad mano lėšomis įsigytas _____

būtų naudojamos mane gydant (tiriant).

Aš gydančio gydytojo _____ man suprantamai
esu informuota(s) apie galimą gydymo (tyrimo metodą, kuriam reikalingos papildomos
priemonės, ir savo iniciatyva šį metodą pasirenku.

Aš esu informuota(s) ir suprantu, kad gydymo (tyrimo) metu VšĮ Regioninėje Telšių
ligoninėje vaistų ir medicinos pagalbos priemonių išlaidos apmokamos iš Privalomojo sveikatos
draudimo fondo lėšų. Man paaiškinta galimybė suteikti man reikalingą paslaugą nemokamai
(Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšomis) šio stacionarizavimo (ar ambulatorinio gydymo)
metu. Suprantu, kad pageidavimas vėliau kompensuoti iš Teritorinės ligonių kasos mano paties
lėšomis įsigytą medikamentą (medicinos pagalbos priemonę) bus nepagrįstas.

Data:

Pacientas (vardas, pavardė, parašas):

Paciento lėšomis įsigyto _____

pakuotė nepažeista ir galiojimo laikas nepasibaigęs.

Data:

Gydantis gydytojas (parašas, spaudas):