PATVIRTINTA

UAB sveikatos centras „Gilės“ direktoriaus

2021 m. rugsėjo 23 d., Nr.21/09/23 -01

**PACIENTO VALIOS PAREIŠKIMAS**

**DĖL ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ TEIKIMO UAB SVEIKATOS CENTRAS „GILĖS“**

*Data* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **Pacientas** |  |
| Vardas, Pavardė |  |
| Gimimo data |  |
| Adresas |  |
| Telefono numeris |  |
| El. pašto adresas |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Paciento atstovas** |  |
| Vardas, pavardė |  |
| Adresas |  |
| Telefono numeris |  |
| El. pašto adresas |  |
| Ryšys su pacientu  |  |

 *Nurodyti atstovavimo pagrindą AR dokumento, įrodančio teisę atstovauti pavadinimą ir datą*

**PACIENTAS (JO ATSTOVAS) IŠREIŠKIA SAVO VALIĄ:**

1. [ ]  **Sutinku** [ ]  **Nesutinku** (*pažymėti*), kad:

|  |  |
| --- | --- |
| man būtų teikiama visa informacija apie mano sveikatos būklę, ligos diagnozę, medicininių tyrimų duomenis, gydymo prognozę ir gydymo metodikas.  |  |
|  | (parašas) |

1. [ ]  **Sutinku** [ ]  **Nesutinku** (*pažymėti*), kad:

|  |  |
| --- | --- |
| informacija apie mano (mano atstovaujamo asmens) sveikatos būklę, diagnozes, taikomą gydymą, tyrimų duomenis, prognozes ir kita asmeninio pobūdžio informacija, būtų teikiama žemiau nurodytiems asmenims:  |  |
|  | (parašas) |
| (vardas, pavardė, gimimo data) |  |
|  |  |
| (Informacijos teikimo terminas, data, nuo - iki) |  |

1. *Esant poreikiui, pildo nepilnamečio paciento įstatyminiai atstovai:*

[ ]  **Sutinku** [ ]  **Nesutinku** (*pažymėti*), kad:

|  |  |
| --- | --- |
| žemiau nurodytas asmuo rūpintųsi paciento asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimu: registruotų, atvestų pas sveikatos priežiūros specialistą, gautų visą informaciją, susijusią paciento būkle ir sveikatos priežiūros paslaugų teikimu pacientui, taip pat išreikštų sutikimą dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo pacientui, pasirašytų reikiamus dokumentus.  |  |
|  | (parašas) |
| (vardas, pavardė, gimimo data) |  |

**PACIENTAS (JO ATSTOVAS) PATVIRTINA:**

**PASTABA**: nepasirašius 4, 5, 6 ir 7 punktų, Centras negalės Jums suteikti asmens sveikatos priežiūros paslaugų, nes nepatvirtinate, kad susipažinote su būtina informacija.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Esu susipažinęs su**:
* Centre teikiamų mokamų sveikatos priežiūros paslaugų sąrašu;
* Mokamų ar iš dalies mokamų paslaugų kainomis;
* Siuntimo į kitas asmens sveikatos priežiūros įstaigas tvarka;
* Informacija apie asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių specialistų profesinę kvalifikaciją;
* Galimybe rinktis asmens sveikatos priežiūros specialistą (gydytoją);
* Informacija apie paciento (jo atstovo) pareigą bendradarbiauti su asmens sveikatos priežiūros paslaugas paskyrusiu ir/arba teikiančiu specialistu (gydytoju), vykdyti jo paskyrimus ir nurodymus, pranešti apie bet kokius nukrypimus nuo paskyrimų.
 |  |
|  | (parašas) |
| 1. **Patvirtinu,** jogesu informuotas (-ą), kad savanoriškai atvykęs (-usi) į Centrą asmens sveikatos priežiūros paslaugoms gauti, **sutinku**, kad sveikatos priežiūros specialistas mane apžiūrėtų, įvertintų mano sveikatos būklę, paskirtų ir atliktų būtinus tyrimus ir gydymo procedūras.
 |  |
|  | (parašas) |
| 1. **Esu susipažinęs su Centro pacientų vidaus tvarkos taisyklėmis, ir įsipareigoju jų laikytis**.
 |  |
|  | (parašas) |
| 1. **Patvirtinu, kad žinau, jog prieš kiekvieną invazinę ir/ar intervencinę procedūrą būsiu supažindintas su procedūros pavadinimu, esme, pobūdžiu, tikslais, galimomis komplikacijomis ir kitomis, mano apsisprendimui įtaką galinčiomis turėti aplinkybėmis bei privalėsiu pateikti atskirą rašytinį sutikimą**.
 |  |
|  | (parašas) |

**Šiame valios pareiškime nurodytą, bet kurį sutikimą, bet kuriuo metu galite atšaukti, nenurodant sutikimo atšaukimo priežasčių. Sutikimo atšaukimas išreiškiamas raštu, kreipiantis tiesiogiai į Centrą**.

|  |  |
| --- | --- |
| Asmens sveikatos priežiūros specialistas: |  |
|  |
|  | (vardas, pavardė / spaudas, parašas) |

***PACIENTUI***

**INFORMAVIMAS APIE PACIENTO ASMENS DUOMENŲ TVARKYMĄ**

20\_\_\_\_ m. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ d.

**Aš \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, **esu informuotas (-a)**, kad (vardas, pavardė)

UAB sveikatos centras „Gilės“, (juridinio asmens kodas 303238821, adresas Nidos g. 4-47, 06293 Vilnius), sveikatos priežiūros paslaugų teikimo, komunikacijos ir buhalterinės apskaitos vykdymo tikslais, gauna bei tvarko šiuos mano asmens duomenis:

* Vardą, pavardę;
* Adresą;
* Telefono numerį;
* Asmens kodą;
* Elektroninio pašto adresą;
* Informaciją apie sveikatos būklę ir tyrimus;
* Kreipimosi į Centrą įstoriją (perduotą informaciją, pavyzdžiui, telefonu arba el. paštu).

**Patvirtinu, jog esu informuota (-as)** apie savo teises: žinoti (būti informuota (-u)) apie savo asmens duomenų tvarkymą; susipažinti su savo asmens duomenimis ir kaip jie yra tvarkomi; reikalauti ištaisyti, patikslinti ar papildyti neteisingus ar neišsamius mano asmens duomenis; bet kuriuo metu atšaukti šį sutikimą, nedarant poveikio sutikimu grindžiamo duomenų tvarkymo iki sutikimo atšaukimo teisėtumui; nesutikti su duomenų tvarkymu; visais iškilusiais klausimais dėl asmens duomenų tvarkymo kreiptis el. paštu info@giles.lt.; su skundu dėl netinkamo mano duomenų tvarkymo kreiptis į Valstybinę asmens duomenų apsaugos inspekciją tiesiogiai adresu L. Sapiegos g. 17, Vilnius arba el. paštu: ada@ada.lt.

Taip pat **esu informuotas (-a)**, kad mano asmens duomenys yra (gali būti) perduodami tretiesiems asmenims, tokiems kaip: valstybės įstaigos ir institucijos, kiti asmenys vykdantis įstatymų jiems pavestas funkcijas (pavyzdžiui, Valstybinė mokesčių inspekcija, SODRA, teisėsaugos institucijos, Centro priežiūrą atliekančios institucijos), IT sistemas tvarkančios įmonės, buhalterinės apskaitos, verslo administravimo ir duomenų apsaugos pareigūno funkcijas vykdančios įmonės.

Asmens duomenys tvarkomi bei saugomi remiantis Bendrojo duomenų apsaugos reglamento, LR asmens duomenų teisinės apsaugos įstatymu bei kitų teisės aktų, reglamentuojančių asmens duomenų apsaugą, nustatyta tvarka.

[ ]  **Sutinku** [ ]  **Nesutinku** (*pažymėti*), kad:

|  |
| --- |
| man telefonu ir/arba elektroniniu paštu, kurie nurodyti paciento valios pareiškimo formoje, būtų teikiama informacija apie numatytą vizito Centre datą ir laiką bei informacija apie Centre teikiamas paslaugas.  |

**Pacientas/pacientą atstovaujantis asmuo:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (data, parašas) |  | (vardas, pavardė) |

**Sveikatos priežiūros specialistas:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (data, parašas) |  | (vardas, pavardė) |

***PACIENTO ĮSTATYMINIAM ATSTOVUI***

**INFORMAVIMAS APIE PACIENTO ASMENS DUOMENŲ TVARKYMĄ**

20\_\_\_\_ m. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ d.

**Aš \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, **esu informuotas (-a)**, kad (vardas, pavardė)

UAB sveikatos centras „Gilės“, (juridinio asmens kodas 303238821, adresas Nidos g. 4-47, 06293 Vilnius), sveikatos priežiūros paslaugų teikimo, komunikacijos ir buhalterinės apskaitos vykdymo tikslais, gauna bei tvarko šiuos mano atstovaujamo asmens

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ asmens duomenis:

(paciento vardas pavardė)

* Vardą, pavardę;
* Adresą;
* Telefono numerį;
* Asmens kodą;
* Elektroninio pašto adresą;
* Informaciją apie sveikatos būklę ir tyrimus;
* Kreipimosi į Centrą įstoriją (perduotą informaciją, pavyzdžiui, telefonu arba el. paštu).

**Esu informuotas (-a)**, kad UAB sveikatos centras „Gilės“, sveikatos priežiūros paslaugų teikimo, komunikacijos ir buhalterinės apskaitos vykdymo tikslais, gauna bei tvarko šiuos mano asmens duomenis:

* Vardą, pavardę;
* Adresą;
* Telefono numerį;
* Elektroninio pašto adresą;
* Informaciją apie teisinį paciento atstovavimo pagrindą.

**Patvirtinu, jog esu informuota (-as)** apie paciento teises: žinoti (būti informuota (-u)) apie asmens duomenų tvarkymą; susipažinti su asmens duomenimis ir kaip jie yra tvarkomi; reikalauti ištaisyti, patikslinti ar papildyti neteisingus ar neišsamius asmens duomenis; bet kuriuo metu atšaukti šį sutikimą, nedarant poveikio sutikimu grindžiamo duomenų tvarkymo iki sutikimo atšaukimo teisėtumui; nesutikti su duomenų tvarkymu; visais iškilusiais klausimais dėl asmens duomenų tvarkymo kreiptis el. paštu info@giles.lt.; su skundu dėl netinkamo mano atstovaujamo asmens duomenų tvarkymo kreiptis į Valstybinę asmens duomenų apsaugos inspekciją tiesiogiai adresu L. Sapiegos g. 17, Vilnius arba el. paštu: ada@ada.lt.

Taip pat **esu informuotas (-a)**, kad mano asmens duomenys yra (gali būti) perduodami tretiesiems asmenims, tokiems kaip: valstybės įstaigos ir institucijos, kiti asmenys vykdantis įstatymų jiems pavestas funkcijas (pavyzdžiui, Valstybinė mokesčių inspekcija, SODRA, teisėsaugos institucijos, Centro priežiūrą atliekančios institucijos), IT sistemas tvarkančios įmonės, buhalterinės apskaitos, verslo administravimo ir duomenų apsaugos pareigūno funkcijas vykdančios įmonės.

Asmens duomenys tvarkomi bei saugomi remiantis Bendrojo duomenų apsaugos reglamento, LR asmens duomenų teisinės apsaugos įstatymu bei kitų teisės aktų, reglamentuojančių asmens duomenų apsaugą, nustatyta tvarka.

[ ]  **Sutinku** [ ]  **Nesutinku** (*pažymėti*), kad:

|  |
| --- |
| man telefonu ir/arba elektroniniu paštu, kurie nurodyti paciento valios pareiškimo formoje, būtų teikiama informacija apie numatytą vizito Centre datą ir laiką bei informacija apie Centre teikiamas paslaugas.  |

**Pacientas/pacientą atstovaujantis asmuo:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (data, parašas) |  | (vardas, pavardė) |

**Sveikatos priežiūros specialistas:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (data, parašas) |  | (vardas, pavardė) |