

## PRAŠYMAS GYDYTIS PASIRINKTOJE PIRMINĖS ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOJE

Aš \_\_\_\_\_ ,  
(vardas, pavardė)

asmens kodas            ,

gyvenantis \_\_\_\_\_ ,  
(adresas, telefono numeris)

prašau mane įrašyti į \_\_\_\_\_ aptarnaujamų  
(įstaigos pavadinimas)

asmenų sąrašus, pas gydytoją \_\_\_\_\_  
(vardas, pavardė)

Data \_\_\_\_\_

Asmens parašas (globėjo, atstovo vardas, pavardė, parašas) \_\_\_\_\_

### Pildoma tik prireikus

Sutinku, kad gydytoją man paskirtų PASPI administracija.

Asmens parašas (globėjo, atstovo vardas, pavardė, parašas) \_\_\_\_\_

### *Pildo įstaigos personalas*

Įstaigos ID kodas \_\_\_\_\_

Gydytojo ID kodas \_\_\_\_\_

Prašymas registruotas įstaigoje  
\_\_\_\_\_ registracijos Nr. \_\_\_\_\_  
(data)

Atsakingas įstaigos darbuotojas

\_\_\_\_\_  
(pareigos, parašas, vardas, pavardė)

## PACIENTO (JO ATSTOVO) REGISTRACIJOS ANKETA

Vardas, pavardė .....

Gimimo data .....

Telefono nr. ....

### DUOMENYS APIE PACIENTO SVEIKATOS BŪKLĘ

1. Ar šiuo metu esate sveikas?  Taip  Ne

2. Ar šiuo metu gydotės?  Taip  Ne

Jei taip, nuo kokios ligos?

.....

3. Ar šiuo metu vartojate kokius nors vaistus?  Taip  Ne

Jei taip, nurodykite kokius

.....

4. Jūsų šeimos gydytojo pavardė, gydymo įstaiga

.....

5. Ar Jūs per paskutinius 5 metus gydėtės stacionare, ar buvote operuotas?  Taip  Ne

Kokia tai buvo liga/operacija? .....

6. Pažymėkite jei kada nors sirgote tokiomis ligomis:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> aukštas kraujospūdis        | <input type="checkbox"/> žemas kraujospūdis            | <input type="checkbox"/> miokardo infarktas           |
| <input type="checkbox"/> insultas                    | <input type="checkbox"/> širdies stimulatorius         | <input type="checkbox"/> širdies vožtuvų protezavimas |
| <input type="checkbox"/> sinusitas                   | <input type="checkbox"/> bronchitas, plaučių uždegimas | <input type="checkbox"/> bronchinė astma              |
| <input type="checkbox"/> tuberkuliozė                | <input type="checkbox"/> seilių liaukų ligos           | <input type="checkbox"/> skrandžio, žarnyno ligos     |
| <input type="checkbox"/> inkstų ligos                | <input type="checkbox"/> hepatitas A, B, C (gelta)     | <input type="checkbox"/> cukrinis diabetas            |
| <input type="checkbox"/> kraujo krešėjimo sutrikimai | <input type="checkbox"/> imuninės sistemos ligos       | <input type="checkbox"/> reumatas                     |
| <input type="checkbox"/> epilepsija                  | <input type="checkbox"/> ŽIV infekcija, AIDS           | <input type="checkbox"/> gerybiniai augliai           |
| <input type="checkbox"/> piktybiniai augliai         |  |   |

7. Ar esate alergiškas vietiniams anestetikams?  Taip  Ne

Jei taip, nurodykite kokiems .....

8. Ar esate alergiškas antibiotikams?  Taip  Ne

Jei taip, kokiems .....

9. Pažymėkite, jeigu esate alergiškas:

- |                                   |  |                                     |
|-----------------------------------|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> jodui    | <input type="checkbox"/> plombavimo medžiagoms | <input type="checkbox"/> kita ..... |
| <input type="checkbox"/> chlorui  | <input type="checkbox"/> plastmasėms           |                                     |
| <input type="checkbox"/> lateksui | <input type="checkbox"/> metalams              |                                     |

10. Ar rūkote?  Taip  Ne

11. Klausimas moterims. Pažymėkite jeigu:

- naudojate kontraceptines priemones
- esate nėščia
- maitinate kūdikį krūtimi

12. Ar turėjote su dantų gydymu susijusių komplikacijų?  Taip  Ne

.....

13. Kita svarbi informacija, kurią turėtų žinoti Jūsų gydytojas:

.....

**Savo parašu patvirtinu, kad visa mano nurodyta informacija yra teisinga.**

Vardas, pavardė, parašas .....

**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)

2.  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)

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

- Sutinku  Nesutinku (*pažymėti*), kad:  
žemiau nurodytas asmuo rūpintusi 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.

### 4. Esu susipažinęs su:

- Centre teikiamų mokamų sveikatos priežiūros paslaugų sąrašų;
- 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)

5. **Patvirtinu**, jog esu 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)

6. **Esu susipažinęs su Centro pacientų vidaus tvarkos taisyklėmis, ir įsipareigoju jų laikytis.**

---

(parašas)

7. **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)

## 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 istoriją (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 vykdančiai 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)

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 istoriją (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 vykdančiai 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)