

UAB sveikatos centras „Gilės“

SUPAŽINDINIMAS SU ĮSTAIGOS VIDAUS TVARKOS TAISYKLĖMIS

Aš, _____ asmens kodas _____
(paciento arba jo atstovo vardas, pavardė), atstovaujantis(-ti) save/globojamą asmenį (nurodyti-
dukra/sunūs ar kt.) _____
(globojamo asmens vardas, pavardė)

Esu supažindintas(-ta) su įstaigos vidaus taisyklėmis:

1. Pacientų kreipimosi tvarka;
2. Nemokamų paslaugų nomenklatūra ir asortimentu, jų teikimo tvarka;
3. Pacientų teisėmis ir pareigomis;
4. Pacientų siuntimo į kitas sveikatos priežiūros įstaigas tvarka;
5. Ginčų ir konfliktų tarp įstaigos ir paciento sprendimo tvarka;
6. Informacijos pacientui ir jo artimiesiems apie paciento sveikatos būklę teikimo tvarka;
7. Ambulatorinių kortelių, kitų medicininių dokumentų nuorašų išdavimo pacientui ar kitiems asmenims tvarka;
8. Pacientų turimų dirbinių iš brangiųjų metalų, brangių protezų ir pinigų registravimo ir saugojimo tvarka;

_____ (data)

_____ (parašas)

INFORMACIJOS TEIKIMO APIE ASMENĮ SUTIKIMO BLANKAS

Aš, _____
(paciento/ jo atstovo vardas, pavardė, telefono numeris)

Sutinku, kad informacija apie mane/mano globojamą asmenį (pabraukti) (nurodyti – dukra/sunūs ar
kita.)

_____ (globojamo asmens vardas pavardė, telefono numeris)

Sveikatos būklę, diagnozę, prognozes ir gydymą būtų teikima ŠIEMS ASMENIMS:

_____ (vardas, pavardė, telefono numeris)

_____ (vardas, pavardė, telefono numeris)

_____ (vardas, pavardė, telefono numeris)

_____ (vardas, pavardė, telefono numeris)

_____ (data)

_____ (parašas)