PATVIRTINTA
VšĮ Regioninės Telšių ligoninės direktoriaus
2026 m. lapkričio 13 d. įsakymu Nr. V1-179

SUTIKIMAS (PRAŠYMAS) DĖL MOKAMŲ PASLAUGŲ TEIKIMO

Data: .....

1. Paciento (-ės) (Atstovo (-ės)) vardas, pavardė, gimimo data.....

2. Adresas.....

3. Medicininių dokumentų identifikacinis numeris.....

Esu informuotas (-a) apie tai, kad turiu teisę ir galimybes paslaugą gauti įstaigoje nemokamai (išskyrus tuos atvejus, kai paslauga nėra apmokama PSDF biudžeto lėšomis arba asmuo dėl atitinkamų priežasčių neturi teisės į nemokamą paslaugą), tačiau, šiuo atveju, **sutinku ir prašau**, kad man/mano atstovaujamam būtų teikiama (-os) mokama (-os) paslauga (-os), nes aš/mano atstovaujamasis atitinku (-a) bent vieną iš žemiau išvardintų sąlygų:

Paslaugos teikimo pagrindas (pažymėti paslaugos teikimo pagrindą)	
	Pacientas yra Lietuvos Respublikos pilietis, **nėra apdraustas** privalomuoju sveikatos draudimu, o paslauga nepriskiriama būtinajai medicinos pagalbai.
	Pacientas, **neturėdamas 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 gydančiam gydytojui leidus, **pageidauja gauti papildomas,** t. y. pagrindinei ligai diagnozuoti ar gydyti **nebūtinas** paslaugas, tyrimus, procedūras (pvz. laboratoriniai tyrimai, fizioterapinės procedūros, masažai, ir kt.).
	Pacientas pageidauja gauti nemedicininio aptarnavimo paslaugą.
	Pacientas nėra nuolatinis LR gyventojas, arba pacientas yra užsienietis ir nepateikė Europos sveikatos draudimo kortelės, sertifikato (mokama ir už būtinąją medicinos pagalbą).

Paslaugų sąrašas:	Paslaugų kaina:
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

Viso.....Eur

Patvirtinu, kad sutinku apmokėti ..... Eur už man/mano atstovaujamajam planuojamas teikti aukščiau nurodytas mokamas paslaugas.

.....
(vardas, pavardė, parašas)

Patvirtinu, kad šis **sutikimas/prašymas** 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)

Asmens sveikatos priežiūros specialisto (arba įgalioto darbuotojo) vardas, pavardė, parašas.....

Paslaugos apmokėjimo faktą patvirtinančio dokumento numeris ir data.....