

SUTIKIMAS DĖL MOKAMŲ PASLAUGŲ TEIKIMO IR APMOKĖJIMO

Data:

1. Paciento (-ės) (Atstovo (-ės)) vardas, pavardė, gimimo data.....
2. Adresas.....
3. Medicininių dokumentų identifikacinis numeris.....

Esu informuotas (-a), kad mokamą (-as) asmens sveikatos priežiūros paslaugą (-as), kuri (-os) nėra kompensuojama (-os) iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau - PSDF) biudžeto lėšų ir nepriskirta (-os) būtinajai (-osios) medicinos pagalbos paslaugai (-oms), taip pat kitas (ne medicininės) paslaugas, kurios reikalingos medicininių paslaugų užtikrinimui, apmoka patys pacientai arba už juos gali sumokėti kiti fiziniai ar juridiniai asmenys bei savanoriškojo draudimo įstaigos. **Esu informuotas (-a)** apie tai, kad turiu teisę ir galimybes paslaugą gauti įstaigoje nemokamai (išskyrus tuos atvejus, kai paslauga nėra apmokama iš PSDF arba asmuo dėl atitinkamų priežasčių neturi teisės į nemokamą paslaugą), tačiau, šiuo atveju, **sutinku ir prašau**, kad man/mano atstovaujama būtų teikiama (-os) mokama (-os) paslauga (-os), nes aš/mano atstovaujamas atitinku (-a) bent vieną iš žemiau išvardintų sąlygų:

Paslaugos teikimo pagrindas (pažymėti paslaugos teikimo pagrindą)	
	Pacientas nėra apdraustas privalomuoju sveikatos draudimu, o paslauga nepriskiriama būtinajai pagalbai.
	Pacientas, neturėdamas asmens sveikatos priežiūros įstaigos 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 leidus gydančiam gydytojui, pageidauja gauti papildomas, t. y. pagrindinei ligai diagnozuoti ar gydyti nebūtinai paslaugas, medžiagas, tyrimus, medikamentus, medicinos pagalbos priemones, procedūras (pvz. fizinę terapiją, procedūras, masažus, vandens procedūras ir kt.).
	Pacientas pageidauja gauti paslaugą, už kurią nėra apmokama iš PSDF biudžeto lėšų.
	Pacientas nori gauti paslaugą, kuri yra apmokama iš PSDF biudžeto lėšų, ne eilės tvarka.
	Pacientas nėra nuolatinis LR gyventojas, arba pacientas yra užsienietis ir nepateikė Europos sveikatos draudimo kortelės, sertifikato (mokama ir už būtinąją mediciną pagalbą).

Paslaugų sąrašas:

Paslaugų kaina:

.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....

Viso.....Eur

Patvirtinu, kad sutinku apmokėti aukščiau nurodytą sumą už man/mano atstovaujama 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.....