

PACIENTO (PACIENTO ATSTOVO) SUTIKIMAS

Aš.....gim.

gyv. / reg. vieta

Esu supažindintas/a su valstybės laiduojamų (nemokamų) asmens sveikatos priežiūros teikimo tvarka.

Parašas

Vardas, pavardė

Data

Sutinku mokėti už suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, nes (pažymėti tinkamą):

- Esu nedraustas/a privalomuoju sveikatos draudimu ir suteikta paslauga nepriskiriama būtinajai pagalbai, kaip ji apibūdinama LR SAM 2004-04-08 įsakyme Nr. V-208 „Dėl būtiniosios medicinos pagalbos ir būtiniosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo tvarkos bei masto patvirtinimo”.
- Nesu nuolatinis Lietuvos gyventojas/a, tai yra esu deklaravęs/usi išvykimą iš Lietuvos;
- Paslauga įtraukta į LR SAM 1999-07-30 įsakymu Nr. 357 patvirtintą mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą;
- Neturiu LNSS įstaigos gydytojo išduoto siuntimo stacionariniam gydymui ar gydytojo specialisto konsultacijai ir paslauga neatitinka būtiniosios pagalbos kriterijų;
- Pageidauju gauti papildomas, pagrindinei ligai diagnozuoti ar gydyti nebūtiną paslaugas (tyrimus, procedūras, medikamentus, konsultacijas ir pan.);
- Pageidauju gauti paslaugas ne eilės tvarka;
- Apmokėjimo tvarka man yra žinoma. Esu informuotas/a, kad, neįvykdžius finansinio atsiskaitymo, skola gali būti išieškoma teisės aktų nustatyta tvarka.

Parašas

Vardas, pavardė

Data