УТВЕРЖДЕНО
Приказом директора № K4-659
От 16 ноября 2016 года

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА (ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПАЦИЕНТА)

Я.....родившийся .....
прож./месторегистрации.....
ознакомлен/а с порядком оказания гарантированного государством (бесплатного) персонального медицинского обслуживания.

.....

Подпись Имя, фамилия Дата

Я согласен оплатить услуги персонального медицинского обслуживания, так как (отметить нужное):

- Я не имею обязательного медицинского страхования, и предоставляемая услуга не относится к неотложной помощи, так как она охарактеризована в Приказе министра здравоохранения Литовской Республики от 08-04-2004 № V-208 «О неотложной медицинской помощи и утверждении порядка предоставления и объема оказания неотложной медицинской помощи»;

- Я не являюсь постоянным жителем Литвы, то есть я задекларировал/а о выбытии из Литвы;

- Услуга включена в список платных медицинских услуг утвержденный Приказом министра здравоохранения Литовской Республики от 30 июля 1999 года № 357;

- Профилактическое медицинское обследование проводится в порядке установленном Приказом министра здравоохранения Литовской Республики от 31 мая 2000 года № 301 «О профилактической проверке здоровья в учреждениях здравоохранения»;

- У меня нет выданного врачем учреждения национальной системы здравоохранения Литвы направления на консультацию специалиста, и услуга не соответствует критериям неотложной помощи;

- Я хотел/а бы получить дополнительные, необязательные для диагностики или лечения основного заболевания, услуги, (исследования, процедуры, лекарства и т. д.);

- Я хотел бы получить услуги без очереди.

Условия оплаты мне известны. Меня информировали, что в случае невыполнения финансового расчета, долг может быть взыскан в порядке, установленном правовыми актами.

.....

Подпись Имя, фамилия Дата