

PATVIRTINTA  
VšĮ Klaipėdos psichikos sveikatos centro  
vyriausiosios gydytojos  
2025-10-29 įsakymu Nr. V- 119

## PACIENTO INFORMAVIMO IR VALIOS PAREIŠKIMO LAPAS

\_\_\_\_\_ (data)

### Pacientas \_\_\_\_\_

(vardas, pavardė, gimimo data, telefonas, el. pašto adresas)

### Paciento atstovas \_\_\_\_\_

(vardas, pavardė, atstovavimo pagrindas, ryšys su pacientu, telefonas)

laisva savo valia sutinku, kad VšĮ Klaipėdos psichikos sveikatos centras (toliau – Įstaiga) man (ar mano atstovaujamaam pacientui) teiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugas.

## I. INFORMACIJA APIE VŠĮ KLAIPĖDOS PSICHIKOS SVEIKATOS CENTRE NUSTATYTA TVARKĄ, PACIENTO TEISES IR PAREIGAS

### 1. Esu supažindinta (-as) su:

- Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatyme bei Įstaigos vidaus tvarkos taisyklėse nurodytomis pacientų teisėmis ir pareigomis, įskaitant pareigą klientui bendradarbiauti su paslauga teikiančiu specialistu, vykdyti paskyrimus bei nurodymus, pranešti apie nukrypimus nuo paskirto gydymo;;

- Įstaigos vidaus tvarkos taisyklėse nurodyta paslaugų teikimo tvarka;
- Įstaigoje patvirtinta nemokamų, mokamų ir mokamų anoniminių sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tvarka, galimybėmis pasinaudoti šiomis paslaugomis, mokamų paslaugų kainynu;
- informacija apie siuntimo į kitas sveikatos priežiūros įstaigas tvarka;
- sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių specialistų profesinė kvalifikacija, galimybe rinktis bei keisti sveikatos priežiūros specialistą;
- su paciento elgesio taisyklėmis nedarbingumo metu ir sutinku jų laikytis.

### 2. Esu informuota (-as), kad:

- visi aukščiau nurodyti dokumentai su naujaisiais pakeitimais yra viešai skelbiami Įstaigos registratūroje bei tinklalapyje: [www.kpsc.lt](http://www.kpsc.lt);

- nurodžius esant būtinosios pagalbos indikacijas, skubi ir pirminė pagalba Įstaigoje teikiama nemokamai, nebent pagalbą teikęs specialistas įvertina, jog paciento būklė būtinosios pagalbos indikacijų neatitinka (atsiradus tokioms aplinkybėms, už konsultaciją mokama kaip už skubiai suteiktą paslaugą);

- man pažeidus savo, kaip paciento, pareigas, tuo sukeliat grėsmę savo ir kitų pacientų sveikatai ir gyvybei arba trukdant kitiems pacientams gauti kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas, sveikatos priežiūros paslaugų teikimas man gali būti nutrauktas, nebent mano paties gyvybei grėstų pavojus.

**3. Patvirtinu, kad** asmuo, supažindinęs mane su šia informacija, atsakė į visus mano klausimus, visa pateikta informacija man buvo suprantama ir priinama.

## PILDO TIK NEPILNAMEČIO PACIENTO IKI 16 M. ATSTOVAI

Aš – nepilnamečio paciento iki 16 m. atstovas .....

(vardas, pavardė, ryšys su pacientu)

pareiškiau, kad nepilnametis pacientas .....

(vardas, pavardė, gimimo data)

gali savarankiškai lankytis KPSC pakartotiniams vizitams, sutinku, kad jam būtų teikiama ambulatorinė pagalba pagal sveikatos priežiūros specialistams nustatytą kompetenciją jų paskyrimų

ribose.

Pasikeitus nepilnamečio paciento būklei, esant reikalinga skirti, koreguoti medikamentinį gydymą ar siųsti pacientą į kitą sveikatos priežiūros įstaigą, ši informacija turi būti aptariama su nepilnamečio asmens atstovu.

## II. INFORMACIJA DĖL ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ TEIKIMO

1. Sutinku, kad Įstaigos sveikatos priežiūros specialistai įvertintų mano sveikatos būklę, mane apžiūrėtų, paskirtų ir atliktų reikalingas tyrimų ir gydymo procedūras.

2. Esu informuota (-as), kad Įstaigoje atlieka praktiką studentai ir gydytojai rezidentai, aš kaip pacientas neprieštarauju dalyvauti mokymo procese ir kad mokymo tikslais gali būti naudojama mano diagnozė, taikomas gydymas.

3. Esu informuota (-as), kad turiu teisę bet kada raštu atsisakyti siūlomo gydymo ir tyrimų. Suprantu tokio atsisakymo pasekmes.

4. Sutinku, kad informacija apie mano lankymąsi įstaigoje, sveikatos būklę, diagnozę, prognozes, gydymo bei slaugos priemones, taip pat kita asmeninio pobūdžio informacija apie mane, būtų teikiama žemiau nurodytiems asmenims:

(asmens vardas, pavardė, gimimo data, telefono numeris, ryšys su pacientu):

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

## III. SUTIKIMAS INTERVENCINĖMS/INVAZINĖMS PROCEDŪROMS

1. Esu supažindinta (-as) su informacija apie kraujo paėmimą iš piršto ir/ar venos, intraveninio kateterio įvedimą (lašelinę), injekcijas į veną ir/ar raumenis.

2. Šią informaciją supratau ir sutinku, kad nereikia mano atskiro sutikimo kraujo paėmimui, intraveninėms lašelinėms, injekcijoms į veną ir/ar raumenis, ir/ar odą, ir/ar po oda, ir/ar gleivinę. Esu informuota (-as) apie galimas šių procedūrų rizikas ir komplikacijas: skausmą, kraujosrūvas, vietinę audinių reakciją, alerginę reakciją, karščiavimą, alpimą, nervų pažeidimus ir kt.

3. Šis sutikimas galioja visą mano lankymosi įstaigoje laiką. Man žinoma, kad bet kada galiu šį sutikimą atšaukti.

Sutinku  Nesutinku

(pažymėkite pasirinktą variantą X)

## IV. SUTIKIMAS DĖL NUOTOLINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ TEIKIMO

1. Esu supažindinta (-as) su Įstaigos nuotolinių paslaugų teikimo tvarka.

2. Sutinku, kad man būtų teikiamos nuotolinės paslaugos pagal Įstaigos nustatytą tvarką.

3. Sutinku, kad Įstaiga su manimi dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo, įskaitant, bet neapsiribojant, valstybės lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo, profilaktinių patikrinimų, rekomenduojamų pakartotinių vizitų, susisiektų žemiau nurodytais kontaktais:

telefono numeris: .....

elektroninis paštas: .....

4. Įsipareigoju Įstaigą informuoti apie pasikeitusius kontaktinius duomenis.

5. Esu informuota (-as), kad siekiant identifikuoti besikreipiantį asmenį, Įstaigos darbuotojas gali užduoti papildomus klausimus.

Sutinku  Nesutinku

(pažymėkite pasirinktą variantą X)

## V. ASMENS DUOMENŲ TVARKYMAS

1. Esu informuota (-as), kad mano asmens duomenų valdytojas yra VšĮ Klaipėdos psichikos sveikatos centras, juridinio asmens kodas 141879453, registruotas buveinės adresas: Galinio Pylimo g. 3, Klaipėda.

2. Patvirtintu, kad susipažinau su Įstaigos Asmens duomenų tvarkymo tikslais, terminais, atliekamais duomenų tvarkymo veiksmais bei savo teisėmis, susijusiomis su asmens duomenų tvarkymu.

3. Esu informuota (as), kad mano asmens duomenys bus tvarkomi laikantis sveikatos priežiūros paslaugų konfidencialumo ir asmens duomenų tvarkymo principų.

4. Esu informuota (-as) kad mano asmens duomenys gali būti perduodami tretiesiems asmenims, tokiems kaip: valstybės įstaigos ir institucijos, kiti asmenys vykdantys įstatymų jiems pavestas funkcijas (pavyzdžiui, SODRA, teisėsaugos institucijos, įstaigos priežiūrą atliekančios institucijos).

..... (vardas, pavardė, parašas)

## **VI. ASMENS DUOMENŲ TVARKYMAS TIESIOGINĖS RINKODAROS TIKSLU**

1. Sutinku, kad Įstaiga mano nurodytu el. paštu ir/ar telefonu teiktų man pasiūlymus, informaciją, apklausas apie savo paslaugas ir šiuo tikslu tvarkytų mano asmens duomenis (vardą, pavardę, telefono numerį, elektroninio pašto adresą, lytį, amžių, informaciją apie mano prisirašymą prie įstaigos) iki tol, kol esu prisiregistravęs įstaigoje arba iki tol, kol mano sutikimas nėra atšaukiamas žemiau nurodytu būdu.

2. Esu informuota (-as), kad atšaukti ar išreikšti prieštaravimą pasiūlymų apie panašių į mano išgytas paslaugas siuntimui, galiu šiais būdais: paspaudusi (-ęs) atitinkamą nuorodą gautame pasiūlyme, atvykusi (-ęs) į įstaigą.

3. Sutikimo atšaukimas nesudarys jokių neigiamų pasekmių, nedarys poveikio sutikimu pagrįsto mano duomenų tvarkymui.

**Sutinku**    **Nesutinku**

(pažymėkite pasirinktą variantą X)

### **Patvirtinu, kad:**

- man buvo paaiškinta ir aš suprantu, kad savo išreikštus sutikimus, pareiškimus galiu bet kada atšaukti pateikdamas laisvos formos raštišką atsisakymą ir/arba užpildydamas naują „Paciento informavimo ir valios pareiškimo lapą“;

- šiame paciento informavimo ir valios pareiškimo lape nurodyta informacija, pateikti pareiškimai ir išreikšta valia yra teisinga, tiksli ir atitinka tikrovę. Pasikeitus bet kokiai informacijai ar atsisakant patvirtinimo /sutikimo, išipareigoju nedelsiant informuoti įstaigą;

- šio dokumento pasirašymas elektroniniu būdu yra tinkamas ir priimtinas.

.....  
(Paciento/paciento atstovo vardas, pavardė, parašas)

.....  
(Supažindinusio darbuotojas vardas, pavardė – pildo įstaiga)