

PATVIRTINTA

Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės  
Kauno klinikų generalinio direktoriaus  
2021 m. kovo 15 d. įsakymu Nr. V-275

**LIETUVOS SVEIKATOS MOKSLŲ UNIVERSITETO LIGONINĖ KAUNO KLINIKOS**

Viešoji įstaiga, Eivenių g. 2, 50161 Kaunas, tel. (8 37) 32 63 60, (8 37) 32 69 75, faks. (8 37) 32 64 27, el.p. rastine@kaunoklinikos.lt.  
Duomenys kaupiami ir saugomi Juridinių asmenų registre, kodas 135163499

**PACIENTO SUTIKIMO DĖL JO TYRIMO IR GYDYMO FORMA Nr. 1**

**Kauno klinikų paciento identifikavimo žymuo:** KK kodas/ KK ID kodas\* \_\_\_\_\_  
atvejo/ apsilankymo Nr. \_\_\_\_\_

**PACIENTO:**

vardas .....

pavardė .....

gimimo data .....

KK ID kodas\* .....

**PACIENTO ATSTOVO:**

vardas .....

pavardė .....

atstovavimo pagrindas\*\* .....

telefonas .....

**Esu informuotas ir suprantu, kad pasikeitus šioje sutikimo formoje nurodytam mano sprendimui, turiu teisę išreikšti savo valią ir apie tai informuoti mane gydantį Kauno klinikų gydytoją bei naują savo sprendimą raštu patvirtinti medicinos dokumentuose.**

*Prašome nurodyti Jums tinkamą atsakymą, pažymint langelį:*

**1. AŠ, PACIENTAS (paciento atstovas), pasirašydamas šį dokumentą, patvirtinu, kad esu supažindintas su Kauno klinikų generalinio direktoriaus patvirtintomis Kauno klinikų vidaus tvarkos taisyklėmis, jas supratau ir pasižadu jų laikytis.**

\_\_\_\_\_  
(paciento (paciento atstovo) parašas)

\_\_\_\_\_  
(supažindinusio slaugytojo vardas, pavardė, parašas)

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

**2. AŠ, PACIENTAS (paciento atstovas), pasirašydamas šį dokumentą, patvirtinu, kad gydytojas man suprantamai paaiškino ir supažindino su mano sveikatos būkle, ligos diagnoze, galimais alternatyviais gydymo ar tyrimo būdais ar jų nebuvimu, galimybe šioje įstaigoje rinktis taikomus diagnostikos ir gydymo metodus, paaiškino apie paslaugos teikimą, gydymo metodus, procedūros eigą ir esmę, pobūdį, tikslus, išaiškino ir nurodė žinomas ir galimas komplikacijas, riziką ir tikėtinas ir (ar) galimas pasekmes; tinkamai, aiškiai ir man suprantamai buvo nurodytos visos aplinkybės, kurios galėjo turėti įtakos mano apsisprendimui sutikti arba atsisakyti paslaugos teikimo, siūlomo gydymo ar procedūros atlikimo, taip pat pasekmės atsisakius siūlomo gydymo.**

**Su man siūlomais tyrimais, gydymu ir slauga sutinku.**

\_\_\_\_\_  
(paciento (paciento atstovo) parašas)

\_\_\_\_\_  
(supažindinusio gydytojo vardas, pavardė, parašas)

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

**3. AŠ, PACIENTAS patvirtinu, kad esu supažindintas su Elgesio taisyklėmis nedarbingumo metu.\*\*\***

\_\_\_\_\_  
(paciento (paciento atstovo) parašas)

\_\_\_\_\_  
(supažindinusio gydytojo vardas, pavardė, parašas)

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

\*Pildoma, kai neatskleidžiama asmens tapatybė. \*\*Atstovai (žr. Aprašo 8 p.), veikdami paciento vardu, privalo pateikti atstovavimą patvirtinantį dokumentą ir savo asmens dokumentus. \*\*\*Pildoma, kai asmeniui išduodamas nedarbingumo pažymėjimas.