

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 SUTIKIMAS DĖL ASMENS DUOMENŲ TVARKYMO FORMA NR. 4

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.

Sutikimo davimas ar nedavimas nesukelia jokių neigiamų pasekmių Pacientui.

Prašome nurodyti Jums tinkamą atsakymą, pažymint langelį:

Kauno klinikos teikiant sveikatos priežiūros paslaugas ir tvarkant asmens duomenis, informacija apie Pacientą, jo buvimą Kauno klinikose bei sveikatos būklę, ligos diagnozę, prognozes ir gydymą gali būti teikiama tretiesiems asmenims (artimiesiems ar kitiems nurodytiems asmenims) tik su Paciento sutikimu.

**1. Ar sutinkate, kad informacija apie Jūsų buvimą Kauno klinikose būtų teikiama tretiesiems asmenims?**

sutinku  nesutinku

Jei sutinkate, prašome nurodyti fizinius ir (ar) juridinius asmenis ir jų kontaktinius duomenis: .....

\_\_\_\_\_  
(Paciento (Paciento atstovo) parašas)

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

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

**2. Ar sutinkate, kad Kauno klinikose tvarkoma Jūsų konfidenciali informacija apie Jūsų sveikatos būklę, ligos diagnozę, prognozes ir gydymą būtų teikiama tretiesiems asmenims?**

sutinku  nesutinku

Jei sutinkate, prašome nurodyti fizinius ir (ar) juridinius asmenis ir jų kontaktinius duomenis: .....

\_\_\_\_\_  
(Paciento (Paciento atstovo) parašas)

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

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

Kauno klinikos yra Lietuvos sveikatos mokslų universiteto mokymo bazė. Kauno klinikose mokslu procesas suprantamas kaip studentų, rezidentų ar kitų asmenų, siekiančių įgyti tam tikrą medicininį išsilavinimą ar

tobulinti profesinę kvalifikaciją pacientų vizitacijos, įvairių tyrimo metodikų, diagnostinių ir gydomųjų procedūrų taikymas, mokslo tiriamųjų (mokomųjų) darbų rengimas. Remiantis įstaigos veiklos specifika, mokslo ir studijų svarba, medicinos dokumentuose esanti konfidenciali informacija, nuasmeninta arba pakeista taip, kad nebūtų galima nustatyti tapatybės, gali būti naudojama mokslo tiriamuosiuose darbuose.

**3. Ar sutinkate, kad mokslo tiriamuosiuose darbuose būtų naudojama Jūsų medicinos dokumentuose esanti konfidenciali informacija, kuri bus nuasmeninta arba pakeista taip, kad nebūtų galima nustatyti tapatybės ?**

sutinku

nesutinku

\_\_\_\_\_  
(Paciento (Paciento atstovo) parašas)

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

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

**Dalyvavimas medicinos studentų mokymo procese.**

Jūsų kaip Paciento pagalba yra būtina būsimų gydytojų, slaugytojų ir kitų būsimų medicinos specialistų studijoms. Akivaizdu, kad norėdami išmokyti atlikti gydomąsias procedūras, apklausti pacientus, su jais bendrauti ir išmanyti įvairius gydymo proceso subtilumus studentai turi to mokytis iš savo dėstytojų – gydymo patirtį jau sukaupusių gydytojų ir slaugytojų, dirbančių ligoninėse ir poliklinikose. Todėl pacientų bendradarbiavimas su studentais yra ypatingai svarbus norint užtikrinti, kad sveikatos priežiūros paslaugos visuomet būtų teikiamos tinkamai parengtų kvalifikuotų specialistų.

**Ką reiškia „mokymo procesas“?**

„Mokymo procesas“ apima platų spektrą studentų mokymosi veiklos, pavyzdžiui, dalyvavimą pacientų apžiūroje (patyrusio gydytojo darbo stebėjimą); pacientų apklausą; paciento apžiūrą medicininių procedūrų atlikimą; chirurginių intervencijų stebėjimą; pacientų medicinos dokumentų analizę; medicinines dokumentacijos pildymą;

**Kokia dalyvavimo studentų mokymo procese nauda?**

- papildomas pacientui skiriamas laikas;
- atidesnė apžiūra;
- suteikiama daugiau informacijos;
- išsamesnis informacijos paaiškinimas;
- galimybė prisidėti prie kvalifikuotų specialistų parengimo, kurie vėliau teiks sveikatos paslaugas jūsų vaikams, artimiesiems ir jums patiems.

**Ar sutinkate dalyvauti medicinos studentų mokymo procese?**

sutinku

nesutinku

\_\_\_\_\_  
(Paciento (Paciento atstovo) parašas)

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

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

Teisinės prievolės pacientams dalyvauti studentų mokymo procese nėra. Jei jaučiatės blogai ar nepatogiai – galite atsisakyti bendravimo su studentais. Net ir tuomet, kai esate iš anksto raštu pareiškę sutikimą.

Tačiau kartu svarbu prisiminti, kad Jūsų pagalba ypatingai svarbi besimokantiems jauniems specialistams ir kitiems pacientams ir jie visi bus Jums labai dėkingi!

**5. Ar sutinkate, kad Jūsų medicinos dokumentuose esanti konfidenciali informacija būtų nuasmeninta arba pakeista taip, kad nebūtų galima nustatyti tapatybės, ir būtų naudojama mokslinei duomenų analizei?**

sutinku

nesutinku

\_\_\_\_\_  
(Paciento (Paciento atstovo) parašas)

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

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

Kauno klinikose vykdomi moksliniai tyrimai, kurių tikslas yra didinti medicinos mokslų pažangą ir kurti bei diegti inovatyvius gydymo metodus, siekiant gerinti gyventojų sveikatą ir gyvenimo kokybę.

**6. Ar sutinkate, kad į Jus būtų kreipiamasi dėl galimo dalyvavimo moksliniuose tyrimuose?**

sutinku

nesutinku

\_\_\_\_\_  
(Paciento (Paciento atstovo) parašas)

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

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

Kauno klinikose siekiant užkirsti kelią rimtoms ligoms, mažinti pacientų sergamumą ir mirtingumą, vykdomos nacionalinės profilaktinės/ prevencinės programos.

**7. Ar sutinkate, kad į Jus būtų kreipiamasi dėl galimo dalyvavimo profilaktinėse/ prevencinėse programose?**

sutinku

nesutinku

\_\_\_\_\_  
(Paciento (Paciento atstovo) parašas)

\_\_\_\_\_  
(supažindinusio slaugytojo 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.