|  |
| --- |
|  |
| PATVIRTINTA  VšĮ Radviliškio r. PSPC direktoriaus  2019-01-30 įsakymu Nr. V-40  **PACIENTO SUTIKIMAS (PRAŠYMAS)**  **DĖL NUOTOLINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ SUTEIKIMO**  Aš \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (paciento vardas, pavardė, asmens kodas)  Paciento atstovas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (vardas, pavardė, asmens kodas)  pageidauju gauti nuotolinės sveikatos priežiūros paslaugas ir informaciją apie savo sveikatą telefonu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  (paciento arba paciento atstovo tel. Nr.)  Esu informuotas ir sutinku su tuo, kad teikdamas informaciją telefonu, PSPC darbuotojas negalės objektyviai įsitikinti mano tapatybe bei užtikrinti asmens duomenų, tarp jų ir informacijos apie sveikatą, saugumo.  Suprantu, kad šis mano sutikimas galioja iki jo atšaukimo.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (paciento arba paciento atstovo vardas, pavardė, parašas, data)  / |