

**PACIENTO (JO ATSTOVO) SUTIKIMAS GAUTI FIZINĖS MEDICINOS IR REABILITACIJOS
GYDYTOJO KONSULTACIJĄ NE EILĖS TVARKA**

20..... m. d.

Palanga

PILDOMA REGISTRATŪROJE:

1. Paciento vardas, pavardė _____
2. Paciento atstovas _____ / atstovo telefono Nr. _____
(vardas, pavardė)
3. Ambulatorinės asmens sveikatos istorijos Nr. 025/a numeris _____

4. Teisė į informaciją (Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo 5 straipsnis):

Esu informuotas, kad VŠĮ Palangos vaikų rehabilitacijos sanatorija „Palangos gintaras“ (toliau – sanatorija) išnaudojo metinę Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžeto lėšų sumą skirtą ambulatorinėms antrinio lygio Fizinės medicinos ir rehabilitacijos (toliau – FMR) gydytojo paslaugoms (toliau – paslauga) apmokėti.

Esu įtrauktas į eilę gauti šią paslaugą nemokamai, pasiūlyta ankščiausia paslaugos suteikimo data _____.

Man paaiškinta, kad FMR gydytojo konsultaciją, turint gydytojo siuntimą, apmokamą iš PSDF biudžeto lėšų, galima gauti ir kitose asmens sveikatos priežiūros įstaigose, teikiančiose šias paslaugas.

Esu supažindintas su sanatorijos vidaus tvarkos taisyklėmis ir direktoriaus patvirtintu Standartinių sutarties dėl mokamų paslaugų teikimo sąlygų aprašu.

Pageidauju FMR gydytojo paslaugas gauti VŠĮ Palangos vaikų rehabilitacijos sanatorijoje „Palangos gintaras“ ne eilės tvarka ir sutinku už šias paslaugas mokėti, vadovaujantis direktoriaus įsakymu patvirtintomis Mokamų paslaugų teikimo sąlygų apraše nurodytomis paslaugų kainomis.

Sutinku
(paciento parašas)

Supažindino
(darbuotojo spaudas, parašas)

Prieštarauju
(paciento parašas)