

SVEIKATOS APSAUGOS IR SOCIALINIŲ
PASLAUGŲ TRESTAS _____
Ligoninės skyrius _____

BENDROJI PRAKTIKA ar kt. _____

Pirminės priežiūros teikėjas _____

**3 BLANKAS – SUTIKIMAS APŽIŪRAI, GYDYMUI ARBA PRIEŽIŪRAI
(procedūros tiems atvejams, kai žmogus nėra netekęs sąmonės)**

Informacija apie asmenį (arba iš anksto atspausdintas lipdukas)

Pavardė
Vardai
Gimimo data
 Vyr. Mot. H+C Nr. (arba kitas tapatybės numeris)
Ypatingi poreikiai (kalbos ar kitokie)

Sveikatos priežiūros darbuotojo pareiškimas

Atsakingas sveikatos apsaugos specialistas Pareigos
Siūlomos procedūros arba gydymo kurso pavadinimas (*parašykite kūno pusę arba vietą ir trumpą paaiškinimą,
jei medicinos terminas neaiškus*)

Apie procedūrą paaiškinau. Konkrečiai paaiškinau:

Numatomi rezultatai:

Rimti arba dažnai pasitaikantys pavojai:

Taip pat buvo aptarta, kokie yra procedūros elementai, bet kokių kitokių galimų alternatyvių gydymų rezultatai ir pavojai (įskaitant jokie gydymo), bet kokių audinių bandiniai, kuriuos gali tekti paimti, ir kiti šiems asmenims rūpimi klausimai.

Buvo pateikta ši skrajutė / juosta

Parašas Data

Vardas, pavardė (SPAUSDINTINĖMIS RAIDĖMIS) Pareigos

Vertėjo pareiškimas (kai reikalingas)

Aš išverčiau anksčiau nurodytą informaciją kiek įmanoma tiksliau ir, mano nuomone, jai / jam/ jiems suprantamai.

Parašas Data

Vardas, pavardė (SPAUSDINTINĖMIS RAIDĖMIS)

Asmens, duodančio sutikimą arba sutikimą pagal „tėvų atsakomybės teisę“, pareiškimas

Aš sutinku su procedūra arba gydymo kursu, aprašytu anksčiau.

Aš suprantu, kad negalite garantuoti, jog procedūrą atliks tam tikras asmuo. Tačiau tas asmuo vis tiek turės reikiamos patirties.

Aš suprantu, kad atliekant procedūrą bus / nebus įtraukta vietinė nejautra.

Parašas Data

Vardas, pavardė (SPAUSDINTINĖMIS RAIDĖMIS) Ryšys su vaiku

Kopija patvirtinta Taip / Ne (apibraukite)