PATVIRTINTA

Nacionalinio vėžio instituto direktoriaus

2024 m. gegužės 20 d. įsakymu Nr. R8-177

Mokamų paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo

4 priedas

......................................................................................................................................................................................

(Paciento ar jo atstovo vardas, pavardė, gimimo metai)

Gyv. vieta, tel. Nr., el. paštas.....................................................................................................................................

**PRAŠYMAS SUTEIKTI MOKAMĄ PASLAUGĄ**

................................

(data)

Vilnius

Aš pageidauju, kad:

 man būtų suteikta mokama nakvojimo paslauga.

 man būtų suteikta mokama paslauga, kadangi **esu neapdraustas (-a)** privalomuoju sveikatos draudimu.

Esu informuotas (-a), kad apsidraudus privalomuoju sveikatos draudimu, paslauga gali būti teikiama nemokamai teisės aktų nustatyta tvarka.

 man būtų suteikta mokama paslauga, kadangi **neturiu** **Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos (LNSS) asmens sveikatos priežiūros įstaigos gydytojo siuntimo**.

Esu informuotas (-a), kad paslauga gali būti teikiama nemokamai, jei įvertinęs sveikatos būklę, siuntimą šiai paslaugai išduos LNSS priklausančioje įstaigoje dirbantis gydytojas teisės aktų nustatyta tvarka ir pagrindais.

 mane **papildomai konsultuotų** mano pasirinktas specialistas(-ai)\*:.......................................................................

......................................................................................................................................................................................

 man būtų atlikti, mano pasirinkti, **papildomi diagnostikos tyrimai**\*: .............................................................. .......................................................................................................................................................................

Patvirtinu, kad papildomas paslaugas pageidauju gauti pats (-i), leidus gydančiam gydytojui ir suprantu, kad šios paslaugos nėra būtinos pagrindinei ligai diagnozuoti ar gydyti.

 man būtų suteiktos sveikatos priežiūros paslaugos **ne eilės tvarka**\*\*:....................................................................

......................................................................................................................................................................................

Artimiausia paslaugos teikimo data eilės tvarka\*\*\*....................................................................................................

Esu informuotas(-a), kad pacientai, apdrausti privalomuoju sveikatos draudimu ir turintys LNSS asmens sveikatos priežiūros įstaigos gydytojo siuntimą (jei teisės aktuose nėra numatyta papildomų sąlygų), turi teisę sveikatos priežiūros paslaugas gauti nemokamai eilės tvarka. Paslaugos teikimo data eilės tvarka man buvo nurodyta ir sutinku paslaugas gauti ne eilės tvarka.

 man mano pasirinkimu būtų suteiktos **brangiau kainuojančios** asmens sveikatos priežiūros paslaugos.

Esu informuotas (-a) apie:

- Nacionaliniame vėžio institute teikiamas nemokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, teisę šias paslaugas įstaigoje gauti nemokamai;

- brangiau kainuojančių asmens sveikatos priežiūros paslaugų (paslaugų, medžiagų, tyrimų, vaistų, medicinos pagalbos priemonių ar procedūrų) kainas, jų kiekį, pranašumus ir skirtumus tarp nemokamų paslaugų;

- gydančiam gydytojui leidus, savo iniciatyva pageidauju brangiau kainuojančių paslaugų (paslaugų, medžiagų, tyrimų, vaistų, medicinos pagalbos priemonių ar procedūrų) ir sutinku apmokėti pasirinktų paslaugų, medžiagų, tyrimų, vaistų, medicinos pagalbos priemonių, procedūrų kainų ir nemokamų paslaugų, medžiagų, tyrimų, vaistų, medicinos pagalbos priemonių, procedūrų kainų skirtumą.

Pasirašydamas (-a) šį prašymą patvirtinu, kad nurodžiau teisingą mokamų paslaugų teikimo pagrindą, buvau informuotas (-a) apie teisę ir galimybes konkrečią paslaugą (-as) gauti įstaigoje nemokamai, pateikta informacija yra aiški ir suprantama. Esu informuotas (-a), kad šiuo atveju už sveikatos priežiūros paslaugas turėsiu susimokėti pats(-i) ir sutinku mokėti už paslaugą. Su Nacionalinio vėžio instituto direktoriaus patvirtintu mokamų paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos aprašu ir paslaugų kainomis esu supažindintas(-a).

.................................................

(Paciento ar jo atstovo parašas)

\* Nurodyti papildomai konsultuosiantį specialistą ir/ar papildomai pasirinktus diagnostinius tyrimus.

\*\* Nurodyti sveikatos priežiūros paslaugas, kurios bus teikiamos ne eilės tvarka.

\*\*\* Nurodyti artimiausią paslaugos teikimo datą eilės tvarka (pildo NVI darbuotojas).