

GYVENTOJŲ PRISIRAŠYMO PRIE UAB „MANO ŠEIMOS GYDYTOJAS“ TVARKOS APRAŠAS

1. PASKIRTIS

Šios Tvarkos paskirtis yra nustatyti gyventojų prisirašymo prie UAB „Mano šeimos gydytojas“ (toliau - Įstaiga) Tvarką. Tvarka apima:

- 1.1. Asmenų, pasirinkusių Įstaigą ir Įstaigos psichikos sveikatos centrą, registravimą;
- 1.2. Pacientų, pasirinkusių kitą gydytoją Įstaigoje ir psichikos sveikatos centre, registravimą;
- 1.3. Pacientų, kuriems aptarnauti Įstaigos administracija skiria kitą gydytoją, registravimą;
- 1.4. Pacientų informavimą apie numatomą Įstaigos pakeitimą, veiklos adreso pakeitimą ir prirašymo duomenų perdavimą kitai PAASPI ir (ar) psichikos sveikatos centrui;
- 1.5. Pacientų ambulatorinių asmens sveikatos istorijų (forma Nr. 025/a) ir vaikų sveikatos raidos istorijų (forma Nr. 025-112/a) gavimą ir perdavimą iš UAB „Mano šeimos gydytojas“ kitai PAASPI ar psichikos sveikatos centrui.

2. TAIKYMO SRITIS

Ši Tvarka taikoma visuose Įstaigos padaliniuose.

3. ATSAKOMYBĖ

- 3.1. UAB „Mano šeimos gydytojas“ direktorius atsako už tvarkos Aprašo patvirtinimą ir darbuotojų, atsakingų už žemiau nurodytų funkcijų vykdymą, paskyrimą:
- 3.2.1. už prirašytų prie Įstaigos ir psichikos sveikatos centro asmenų formos Nr. 025-025-1/a prašymų kaupimą, saugojimą, įtraukimą į įstaigos sąrašus ir kompiuterines duomenų bazes;
- 3.2.2. už formos Nr. 025-025-2/a prašymų kaupimą, saugojimą, įtraukimą į įstaigos sąrašus bei kompiuterines duomenų bazes;
- 3.2.3. už asmenų prirašymo prie PAASPI ir psichikos sveikatos centro bei ambulatorinių asmens sveikatos istorijų ir vaikų sveikatos raidos istorijų priėmimo registracijos žurnalo (forma Nr. 025-025-9/a) pildymą;
- 3.2.4. už ambulatorinių asmens sveikatos istorijų bei vaiko sveikatos raidos istorijų perdavimą ir priėmimą (formos Nr. 025-025-3/a ir Ambulatorinių asmens sveikatos istorijų ir vaikų sveikatos raidos istorijų perdavimo registracijos žurnalo (F Nr. 025-025-10/a) pildymą;
- 3.3. Direktorius Įsakymu paskirti darbuotojai atsakingi už tinkamą pavestų funkcijų vykdymą.

4. APRAŠYMAS

4.1. Asmenų prisirašymo prie Įstaigos ir Įstaigos psichikos sveikatos centro tvarka.

4.1.1. Neprisirašęs įstaigoje asmuo, pageidaujantis gydytis UAB "Mano šeimos gydytojas", pasirenka arčiausiai jo gyvenamosios vietos esantį arba jam patogiau pasiekiamą įstaigos padalinį ir konkretų įstaigos padalinyje dirbantį šeimos gydytoją.

4.1.2. Pasirinkęs padalinį ir šeimos gydytoją, asmuo užpildo Prašymo leisti gydytis pasirinktoje Įstaigoje ir Įstaigos psichikos sveikatos centre formą Nr. 025-025-1/a (pildoma pagal asmens tapatybę patvirtinančio dokumento duomenis) (Priedas Nr.1), ją pasirašo (nepilnamečių asmenų prašymus pasirašo vienas iš tėvų, jeigu tėvų nėra, – globėjas). Formos Nr. 025-025-1/a prašymas gali būti pildomas kompiuteriu ir pasirašomas ranka arba elektroniniu parašu.

4.1.3. Asmuo, pasirinkdamas Įstaigą, formos Nr. 025-025-1/a prašyme nurodo (pasirenkamas vienas iš dviejų nurodytų būdų), kad:

4.1.3.1. sutinka būti prirašytas prie Įstaigos dėl pirminės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo;

4.1.3.2. nesutinka būti prirašytas prie Įstaigos dėl pirminės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo. Tokiu atveju asmuo gali pasirinkti bet kurią kitą psichikos sveikatos centrą, veikiančią Klaipėdos miesto savivaldybėje. Asmeniui pageidaujant jis gali būti neprirašomas prie jokios PAASPI dėl psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo.

4.1.4. Užpildytą ir pasirašytą Prašymą (formos Nr. 025-025-1/a), Pacientas pateikia:

4.1.4.1. atvykęs į pasirinktą Įstaigos padalinį, kartu pateikdamas ir asmens tapatybę patvirtinantį dokumentą. Prašymas padalinyje taip pat gali būti užpildomas ir pasirašomas elektroniniu būdu planšetėje.

4.1.4.2. į elektroninį paštą adresu info@manoseimosgydytojas.lt. Šiuo atveju formos Nr. 025-025-1/a prašymas turi būti pasirašytas elektroniniu kvalifikuotu parašu. Darbuotojas, atsakingas už elektroninio pašto info@manoseimosgydytojas.lt valdymą, gautą prašymą persiunčia į padalinį, kuriame pageidauja prisirašyti pacientas.

4.1.4.3. per e-pacientas.lt platformą, naudodamasis Įstaigos internetiniame puslapyje veikiančia elektronine interaktyvia prirašymo paslauga;

4.1.5. Gavus asmens pasirašytą formos Nr. 025-025-1/a prašymą, atsakingas darbuotojas – padalinio registratorė įtraukia asmenį į prirašytų prie Įstaigos asmenų sąrašus ir informuoja apie prirašymą asmenį (globėją) šiam atvykus į Įstaigą, trumpąja žinute ir elektroniniu paštu (naudojamas paciento nurodytas el.paštas arba paštas, iš kurio siųstas prašymas).

4.1.6. Prirašytų prie Įstaigos ir psichikos sveikatos centro asmenų formos Nr. 025-025-1/a prašymus kaupia, saugo, įtraukia į įstaigos sąrašus, kompiuterines duomenų bazines Įstaigos direktoriaus paskirtas (-i) darbuotojas (-ai) – padalinio registratorės. Pasibaigus ataskaitiniams metams, ne vėliau kaip iki einamųjų metų vasario 1 dienos, padalinio registratorė sukauptus F Nr. 025-025-1/a prašymus perduoda į administraciją archyvavimui Medicininių dokumentų saugojimo ir sunaikinimo Tvarkos aprašo nustatytu būdu.

4.1.7. Įstaigoje Foxus IS pildomas elektroninis Asmenų prirašymo prie PAASPI ir psichikos sveikatos centro bei ambulatorinių asmens sveikatos istorijų ir vaikų sveikatos raidos istorijų priėmimo registracijos žurnalas (forma Nr. 025-025-9/a) (Priedas Nr.2). Pasibaigus mėnesiui, ne vėliau kaip iki einamojo mėnesio 15 dienos, Įstaigos statistė suformuoja Asmenų prirašymo prie PAASPI ir psichikos sveikatos centro bei ambulatorinių asmens sveikatos istorijų ir vaikų sveikatos raidos istorijų priėmimo registracijos žurnalo (forma Nr. 025-025-9/a) archyvavimui tinkamą dokumento versiją ir, pasibaigus ataskaitiniams metams, ne vėliau kaip iki vasario 1 dienos, perduoda darbuotojui, atsakingam už dokumentų archyvavimą, saugojimui.

4.2. Pacientų prirašymo prie kito UAB „Mano šeimos gydytojas“ šeimos gydytojo arba gydytojo psichiatro tvarka.

4.2.1. UAB „Mano šeimos gydytojas“ prisirašęs pacientas, pageidaujantis gydytis pas kitą šeimos gydytoją ar gydytoją psichiatrą toje pačioje įstaigoje, užpildo „Prašymą leisti gydytis pas kitą pasirinktos pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigos gydytoją“ F.Nr. 025-025-2/a (Priedas Nr.3) ir pateikia šią formą 4.1.4.1.- 4.1.4.3. p. nustatyta tvarka. Prašymas gali būti užpildomas atvykus į padalinį, elektroniniu būdu pasirašant planšetėje arba atsiunčiamas į elektroninį paštą adresu info@manoseimosgydytojas.lt. Šiuo atveju formos Nr. 025-025-2/a prašymas turi būti pasirašytas elektroniniu kvalifikuotu parašu. Darbuotojas, atsakingas už elektroninio pašto info@manoseimosgydytojas.lt. valdymą, gautą prašymą persiunčia į padalinį, prie kuriame dirbančio gydytojo pageidauja prisirašyti pacientas.

4.2.2. Jeigu asmuo, pageidaujantis gydytis pas kitą gydytoją tame pačiame padalinyje ar psichikos sveikatos centre, pasirenka gydytoją, kuris dėl darbo krūvio negali aptarnauti didesnio skaičiaus asmenų, neviršydamas maksimaliojo darbo laiko reikalavimų, įstaigos administracija pasiūlo kitą tame pačiame padalinyje ar psichikos sveikatos centre dirbantį gydytoją.

4.2.3. Gavus formos Nr. 025-025-2/a prašymą, padalinio registratorė pakeičia Įstaigos duomenų bazėje informaciją apie paciento pasirinktą gydytoją ir apie pakeistą gydytoją informuoja asmenį (globėją) šiam atvykus į PAASPI arba psichikos sveikatos centrą, trumpąja žinute ir elektroniniu paštu (jeigu prašymas buvo pateiktas elektroniniu būdu).

4.3. Pacientų, kuriems aptarnauti Įstaigos administracija skiria kitą gydytoją, registravimo tvarka.

4.3.1. Gydytojui nutraukus darbo santykius su Įstaiga arba sumažinus darbo krūvį, administracija pacientui skiria kitą gydytoją, jeigu asmuo pats nepasirenka kito gydytojo toje pačioje Įstaigoje arba kitos PAASPI ir (ar) psichikos sveikatos centro. Kitas gydytojas pacientui skiriamas ir pacientas perregistruojamas Direktoriaus įsakymu.

4.3.2. Įstaiga padalinio registratūroje ir interneto svetainėje skelbia informaciją apie gydytojo darbo santykių nutraukimą. Apie gydytojo darbo santykių nutraukimą ar darbo krūvio sumažinimą UAB „Mano šeimos gydytojas“ informuoja telefonu gydytojo aptarnautą asmenį (globėją).

4.3.3. Duomenis apie pasirinktą kitą gydytoją toje pačioje Įstaigoje ir psichikos sveikatos centre bei asmenų formos Nr. 025-025-2/a prašymus kaupia, saugo, įtraukia į įstaigos sąrašus bei kompiuterines duomenų padalinio registratorė. Pasibaigus ataskaitiniams metams, ne vėliau kaip iki einamųjų metų vasario 1 dienos, padalinio registratorė sukauptus F Nr. 025-025-2/a prašymus

perduoda į administraciją archyvavimui Medicininių dokumentų saugojimo ir sunaikinimo Tvarkos aprašo nustatytu būdu.

4.4 Pacientų informavimo apie įstaigos likvidavimą, veiklos vietos adreso pasikeitimą, jos reorganizavimą, pertvarkymą ar kitu juridiniu pagrindu perimamą turtą, teises ir pareigas, tvarka.

4.4.1. Įstaigos administracija iš anksto, bet ne vėliau kaip prieš 30 kalendorinių dienų pateikia pacientams informaciją vienu iš šių būdų – telefonu (pokalbis įrašomas), trumpąja žinute, elektroniniu paštu, paštu apie šios įstaigos likvidavimą, veiklos vietos adreso pasikeitimą, reorganizavimą, pertvarkymą ar kitu juridiniu pagrindu perimamas teises ir pareigas teikti asmens sveikatos priežiūros paslaugas, jeigu tai susiję su asmens prirašymo duomenų perdavimu kitai PAASPI ir (ar) psichikos sveikatos centrui. Įstaiga informuoja prirašytus prie jos asmenis ir apie įstaigos, teikiančios pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugas, pakeitimą.

4.4.2. Informacija apie Įstaigos ar psichikos sveikatos centro likvidavimą, veiklos vietos adreso pasikeitimą, reorganizavimą, pertvarkymą ar kitu juridiniu pagrindu perimamas teises ir pareigas ar apie įstaigos, teikiančios pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugas, pakeitimą skelbiama Įstaigos interneto svetainėje, Įstaigos padalinių registratūrose, jei reikia, vietos spaudoje ar kitais informavimo būdais.

4.4.3. Asmuo, nesutinkantis gydytis Įstaigoje ar psichikos sveikatos centre dėl pasikeitusio jų veiklos vietos adreso ar kitoje PAASPI ir (ar) psichikos sveikatos centre, šiems reorganizavimo, pertvarkymo ar kitu juridiniu pagrindu perėmus PAASPI ir (ar) psichikos sveikatos centro, prie kurių asmuo buvo prirašytas, teises ir pareigas arba perėmus psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimą, turi teisę pasirinkti kitą arčiausiai jo gyvenamosios vietos esančią arba jam patogiau pasiekiamą PAASPI ir (ar) psichikos sveikatos centrą.

4.4.4. Asmuo lieka prirašytas prie Įstaigos ir (ar) psichikos sveikatos centro, kurio veiklos adresas buvo pakeistas, kuris buvo reorganizuotas ar pertvarkytas, arba kurio teisės ir pareigos buvo perimtos kitu juridiniu pagrindu, jei per 30 kalendorinių dienų nuo nurodytos informacijos pateikimo neprisirašo prie kitos PAASPI ir (ar) psichikos sveikatos centro.

4.4.5. Asmens prirašymo duomenys perkeliami į tą PAASPI ir (ar) psichikos sveikatos centrą, kurie (-is) dėl reorganizavimo, pertvarkymo ar kito juridinio pagrindo perima PAASPI ir (ar) psichikos sveikatos centro, prie kurių (-io) asmuo buvo prirašytas, teises ir pareigas arba psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimą, jei asmuo per 30 kalendorinių dienų nuo nurodytos informacijos pateikimo neprisirašo prie kitos PAASPI ir (ar) psichikos sveikatos centro. Iš asmenų, kurių prirašymo duomenys perkeliami, mokestis neimamas.

4.5. Ambulatorinių kortelių gavimo ir perdavimo kitai paciento pasirinktai pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigai ir (ar) psichikos sveikatos centrui tvarka.

4.5.1. Prašymą perduoti naujai prie Įstaigos prisirašiusio paciento ambulatorinę asmens sveikatos istoriją/vaiko sveikatos raidos istoriją (F Nr. 025-025-3/a) (Priedas Nr.4) padalinio registratore

pateikia jo buvusiai Įstaigai per 5 darbo dienas nuo asmens prisirašymo Įstaigoje registravimo dienos.

4.5.2. Prašymai perduoti ambulatorinę asmens sveikatos istoriją/vaiko sveikatos raidos istoriją registruojami Foxus IS Ambulatorinių asmens sveikatos istorijų ir vaikų sveikatos raidos istorijų perdavimo registracijos žurnale (F Nr. 025-025-10/a) (Priedas Nr.5) ir saugomi ambulatorines asmens sveikatos istorijas bei vaikų sveikatos raidos istorijas perdavusioje įstaigoje. Pasibaigus mėnesiui, ne vėliau kaip iki einamojo mėnesio 15 dienos, Įstaigos statistė suformuoja Asmenų prirašymo prie PAASPI ir psichikos sveikatos centro bei ambulatorinių asmens sveikatos istorijų ir vaikų sveikatos raidos istorijų priėmimo registracijos žurnalo (forma Nr. 025-025-10/a) archyvavimui tinkamą dokumento versiją ir perduoda darbuotojui, atsakingam už dokumentų archyvavimą, saugojimui.

4.5.3. Pacientui pasirinkus kitą PAASPI ir (ar) psichikos sveikatos centrą, jo ambulatorinė asmens sveikatos istorija arba vaiko sveikatos raidos istorija perduodama asmens pasirinktai įstaigai, šiai pateikus prašymą perduoti ambulatorinę asmens sveikatos istoriją / vaiko sveikatos raidos istoriją (F Nr. 025-025-3/a) (Priedas Nr.4). Tuo atveju, kai prašymas dėl kortelių perdavimo gaunamas į įstaigos elektroninį paštą adresu info@manoseimosgydytojas.lt, per e-pristatymą ar paprastu raštu, darbuotojas, atsakingas už raštvedybą, Foxus IS sistemoje patikrinęs, kuriame padalinyje pacientas buvo prirašytas, tą pačią darbo dieną persiunčia prašymą į padalinį.

4.5.4. Ambulatorinė asmens sveikatos istorija arba vaiko sveikatos raidos istorija perduodama prašančiai įstaigai per 3 darbo dienas nuo formos Nr. 025-025-3/a prašymo gavimo dienos.

4.5.5. Perduodamos ir gaunamos ambulatorinės asmens sveikatos istorijos bei vaikų sveikatos raidos istorijos registruojamos Ambulatorinių asmens sveikatos istorijų ir vaikų sveikatos raidos istorijų perdavimo registracijos žurnale (forma Nr. 025-025-10/a).

4.5.6. Perduodamos ambulatorinės asmens sveikatos istorijos ir vaikų sveikatos raidos istorijos turi būti sutvarkytos pagal Įstaigos direktoriaus patvirtintą medicinos dokumentų pildymo tvarką: atsakingas asmuo perduodamos ambulatorinės asmens sveikatos istorijos bei vaiko sveikatos raidos istorijos visus užpildytus puslapius sunumeruoja ir po paskutiniojo gydytojo įrašo pažymi perdavimo datą, įstaigos pavadinimą bei ambulatorinės kortelės puslapių skaičių, patvirtina asmens parašu, spaudu ir įstaigos antspaudu. Esant neaiškiems atvejams (taisymai, plėšymai ir kt.) paciento asmens sveikatos istorijos tikslumą derina su gydytoju.

4.5.7. Ambulatorinės asmens sveikatos istorijos ir vaikų sveikatos raidos istorijos PAASPI ir (ar) psichikos sveikatos centrui siunčiamos registruotu laišku arba per įgaliotąjį asmenį, pažymint apie tai F Nr. 025-025-10/a.

4.5.8. Pacientų ambulatorinės asmens sveikatos istorijos ir vaikų sveikatos raidos istorijos, pildomos elektroniniu būdu, medicinos dokumentų ir prisirašymo duomenys perduodami iš vienos PAASPI ir (ar) psichikos sveikatos centro kitai PAASPI ir (ar) psichikos sveikatos centrui elektroniniu būdu.

4.5.9. Perdavus asmenų prirašymo duomenis Tvarkos Aprašo 4.4. punkte numatytais atvejais kitai PAASPI ir (ar) psichikos sveikatos centrui, šių asmenų ambulatorinės asmens sveikatos istorijos

ir vaikų sveikatos raidos istorijos perduodamos tai PAASPI ir (ar) psichikos sveikatos centrui per 10 darbo dienų.

4.6. Dokumentų saugojimo tvarka ir terminai.

4.6.1. Pagal šią tvarką pildomi dokumentai saugomi laikantis Įstaigos direktoriaus patvirtintos Medicininių dokumentų saugojimo ir sunaikinimo Tvarkos aprašo nuostatų.

4.6.2. „Prašymas leisti gydytis pasirinktoje pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigoje ar psichikos sveikatos centre“ (Forma Nr. 025-025-1/a) saugoma 3 metus.

4.6.3. „Prašymas leisti gydytis pas kitą pasirinktos pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos ar psichikos sveikatos centro gydytoją“ (Forma Nr. 025-025-2/a) saugoma 1 metus;

4.6.4. „Prašymas perduoti ambulatorinę asmens sveikatos istoriją / vaiko sveikatos raidos istoriją“ (Forma Nr. 025-025-3/a) saugoma 3 metus;

4.6.5. „Asmenų prirašymo prie pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos ir psichikos sveikatos centro bei ambulatorinių asmens sveikatos istorijų ir vaikų sveikatos raidos istorijų priėmimo registracijos žurnalas“ (Forma Nr. 025-025-9/a) elektronine forma saugoma 15 metų;

4.6.6. „Ambulatorinių asmens sveikatos istorijų ir vaikų sveikatos raidos istorijų perdavimo registracijos žurnalas“ (Forma Nr. 025-025-10/a) elektronine forma saugoma 15 metų.

5. NUORODOS

5.1. LR SAM 2001 m. lapkričio 9 d. Įsakymas Nr. 583 „Dėl asmenų prirašymo prie pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigų ir psichikos sveikatos centrų tvarkos aprašo patvirtinimo“ (galiojanti suvestinė redakcija 2022-05-01);

5.2. LR SAM 1999 m. lapkričio 29 d. Įsakymas Nr. 583 „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų veiklos apskaitos ir atskaitomybės tvarkos“ (galiojanti suvestinė redakcija 2022-05-01);

6. DOKUMENTACIJA

6.1. Forma Nr. 025-025-1/a „Prašymas leisti gydytis pasirinktoje pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigoje ar psichikos sveikatos centre“;

6.2. Forma Nr. 025-025-2/a „Prašymas leisti gydytis pas kitą pasirinktos pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos ar psichikos sveikatos centro gydytoją“;

6.3. Forma Nr. 025-025-3/a „Prašymas perduoti ambulatorinę asmens sveikatos istoriją / vaiko sveikatos raidos istoriją“;

6.4. Forma Nr. 025-025-9/a „Asmenų prirašymo prie pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos ir psichikos sveikatos centro bei ambulatorinių asmens sveikatos istorijų ir vaikų sveikatos raidos istorijų priėmimo registracijos žurnalas“;

6.5. Forma Nr. 025-025-10/a „Ambulatorinių asmens sveikatos istorijų ir vaikų sveikatos raidos istorijų perdavimo registracijos žurnalas“.

6. KEITIMAI

Šios Tvarkos keitimus atlieka vidaus medicinos auditorius.

7. PASKIRSTYMAS

Šios procedūros originalas, apsaugotas slaptažodžiu, saugomas Įstaigos elektroninių dokumentų Saugykloje, o kopijos – el. forma UAB “Mano šeimos gydytojas” internetiniame puslapyje, skirtame personalui.

8. PRIEDAI

8.1. 1 priedas Forma Nr. 025-025-1/a „Prašymas leisti gydytis pasirinktoje pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigoje ar psichikos sveikatos centre“;

8.2. 2 priedas Forma Nr. 025-025-2/a „Prašymas leisti gydytis pas kitą pasirinktos pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos ar psichikos sveikatos centro gydytoją“;

8.3. 3 priedas Forma Nr. 025-025-3/a „Prašymas perduoti ambulatorinę asmens sveikatos istoriją / vaiko sveikatos raidos istoriją“;

8.4. 4 priedas Forma Nr. 025-025-9/a „Asmenų prirašymo prie pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos ir psichikos sveikatos centro bei ambulatorinių asmens sveikatos istorijų ir vaikų sveikatos raidos istorijų priėmimo registracijos žurnalas“;

8.5. 5 priedas Forma Nr. 025-025-10/a „Ambulatorinių asmens sveikatos istorijų ir vaikų sveikatos raidos istorijų perdavimo registracijos žurnalas“

Priedas Nr.1

(Forma Nr. 025-025-1/a „Prašymas leisti gydytis pasirinktoje pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigoje ar psichikos sveikatos centre“)

PRAŠYMAS

LEISTI GYDYTIS PASIRINKTOJE PIRMINĖS AMBULATORINĖS ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOJE AR PSICHIKOS SVEIKATOS CENTRE

Aš, _____
(vardas, pavardė)

asmens kodas _____, veikiantis asmeniškai (kaip įstatyminis atstovas mano nepilnamečio vaiko) (nereikalinga išbraukti)

_____ (vardas, pavardė, asmens kodas)

gyvenantis _____
(adresas)

tel. Nr. _____, el.paštas _____

I DALIS. PIRMINĖ ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪRA

prašau įrašyti mane (mano atstovaujama asmenį) _____ į UAB „Mano šeimos gydytojas“ aptarnaujamų asmenų sąrašą.

Norėčiau pasirinkti šį gydytoją: _____
(vardas, pavardė)

II. DALIS. PIRMINĖ PSICHIKOS SVEIKATOS PRIEŽIŪRA

prašau mane (mano atstovaujama asmenį) įrašyti / nesutinku, kad mane įrašytų (*išbraukti netinkama*) į UAB „Mano šeimos gydytojas“ aptarnaujamų asmenų sąrašą. Norėčiau pasirinkti šį gydytoją: _____
(vardas, pavardė)

Patvirtinu, kad esu informuotas, jog galiu būti prirašytas prie psichikos sveikatos centro, veikiančio toje savivaldybėje, kurioje paslaugas teikia mano pasirinkta pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaiga. Jeigu savivaldybės teritorijoje yra tik vienas psichikos sveikatos centras, galiu būti prirašytas tik prie šio psichikos sveikatos centro. Jeigu savivaldybėje nėra psichikos sveikatos centro, galiu pasirinkti greta esančių savivaldybių, priklausančių tos pačios teritorinės ligonių kasos veiklos zonai, psichikos sveikatos centrus.

Data _____ Asmens (globėjo) parašas _____

Pildoma tik prireikus

Sutinku, kad gydytoją man paskirtų asmens sveikatos priežiūros įstaigos administracija.

Asmens (globėjo) parašas _____

Pildo įstaigos personalas

Įstaigos ID kodas _____

Gydytojo ID kodas _____

Prašymas registruotas įstaigoje
_____ registracijos Nr. _____

(Data)

Atsakingas įstaigos darbuotojas

(Pareigos)

(Parašas)

(Vardas, pavardė)

Priedas Nr. 2

(Forma Nr. 025-025-9/a „Asmenų prirašymo prie pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos ir psichikos sveikatos centro bei ambulatorinių asmens sveikatos istorijų ir vaikų sveikatos raidos istorijų priėmimo registracijos žurnalas“)

**ASMENŲ PRIRAŠYMO PRIE PIRMINĖS ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS
ĮSTAIGOS IR PSICHIKOS SVEIKATOS CENTRO BEI AMBULATORINIŲ ASMENS
SVEIKATOS ISTORIJŲ IR VAIKŲ SVEIKATOS RAIDOS ISTORIJŲ PRIĖMIMO
REGISTRACIJOS ŽURNALAS**

UAB „Mano šeimos gydytojas“

Įstaigos ID _____

I lapas

Eil. Nr.	Data	Paciento vardas, pavardė	Asmens kodas	Gyvenamoji vieta	Gydytojas

II lapas

Įstaiga, kurios prašoma perduoti ambulatorinę asmens sveikatos istoriją / vaiko sveikatos raidos istoriją		Ambulatorinės asmens sveikatos istorijos / vaiko sveikatos raidos istorijos gavimo data	Ambulatorinės asmens sveikatos istorijos / vaiko sveikatos raidos istorijos puslapių skaičius (žodžiais)	Atsakingo asmens parašas, antspaudas
įstaigos pavadinimas	įstaigos ID			

Priedas Nr.3

(Forma Nr. 025-025-2/a „Prašymas leisti gydytis pas kitą pasirinktos pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos ar psichikos sveikatos centro gydytoją“)

PRAŠYMAS

LEISTI GYDYTIS PAS KITĄ PASIRINKTOS PIRMINĖS AMBULATORINĖS ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOS AR PSICHIKOS SVEIKATOS CENTRO GYDYTOJĄ

Aš, _____,

(vardas, pavardė)

asmens kodas □□□□□□□□□□,

gyvenantis _____,

(adresas)

prašau leisti pasirinkti kitą gydytoją. Pasirenkamo gydytojo

_____.

(vardas)

(pavardė)

(specialybė)

(Data)

Asmens (globėjo) parašas _____

Pildo įstaigos personalas

Gydytojo ID _____

Registruota įstaigoje

_____ Nr. _____

(Data)

Atsakingas įstaigos darbuotojas

(Pareigos)

(Parašas)

(Vardas, pavardė)

Priedas Nr.4

**Forma Nr. 025-025-3/a „Prašymas perduoti ambulatorinę asmens sveikatos istoriją / vaiko
sveikatos raidos istoriją“)**

(Įstaigos, į kurią kreipiamasi, pavadinimas, kodas, adresas)

PRAŠYMAS

**PERDUOTI AMBULATORINĘ ASMENS SVEIKATOS ISTORIJĄ / VAIKO
SVEIKATOS RAIDOS ISTORIJĄ**

(Prašymas lieka perdavusioje įstaigoje)

(Prašančios įstaigos pavadinimas, kodas, adresas)

Prašome perduoti paciento _____ ,

(vardas, pavardė)

asmens kodas □□□□□□□□□□,

gyvenančio _____ ,

(adresas)

ambulatorinę asmens sveikatos istoriją Nr.

vaiko sveikatos raidos istoriją Nr.

_____ registracijos Nr. _____

(Data)

Įstaigos vadovas

(Pareigos)

(Parašas)

(Vardas, pavardė)

(Forma Nr. 025-025-10/a „Ambulatorinių asmens sveikatos istorijų ir vaikų sveikatos raidos istorijų perdavimo registracijos žurnalas“)

**AMBULATORINIŲ ASMENS SVEIKATOS ISTORIJŲ IR VAIKŲ SVEIKATOS RAIDOS
ISTORIJŲ PERDAVIMO REGISTRACIJOS ŽURNALAS**

UAB „Mano šeimos gydytojas“

Įstaigos ID _____

Eil. Nr.	Įstaiga		Prašymo perduoti ambulatorinę asmens sveikatos istoriją / vaiko sveikatos raidos istoriją		Paciento vardas, pavardė	Asmens kodas	Ambulatorinės asmens sveikatos istorijos / vaiko sveikatos raidos istorijos puslapių skaičius (žodžiais)	Perdavimo data	Perdavimo būdas (paštu, kurjeris, kt.)	Atsakingo asmens parašas, antspaudas
	įstaigos pavadinimas	įstaigos ID	data	registracijos Nr.						