

UAB Diagnostikos laboratorija
 Įmonės kodas 300598351
 Žemaičių pl. 37, Kaunas, LT-48178
 Tel. 8 700 55511

Padalinio pavadinimas, telefonas arba spaudas

**PACIENTO SUTARTIS-SUTIKIMAS Sveikatos priežiūros paslaugų
TEIKIMUI UAB DIAGNOSTIKOS LABORATORIJA NR. _____**

Vadovaujantis LR Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymu ir Bendroju duomenų apsaugos reglamentu (ES) 2016/679, prašome pateikti duomenis bei pareikšti savo valią teikti Jums asmens sveikatos priežiūros paslaugas bei procedūras UAB Diagnostikos laboratorija.

Pacientas (-ė) _____
 (Vardas, pavardė, asmens kodas, gimimo diena)

Paciento (-ės) atstovas (atstovą pagal pavedimą pasirenka pacientas LR įstatymų numatyta tvarka, atstovas pagal įstatymą - tėvas, motina, globėjai, įtėviai)

 (Vardas, pavardė, atstovavimo pagrindas)

Informacija apie mano sveikatos būklę, diagnozę, tyrimų duomenis ir gydymą, taip pat kita asmeninio pobūdžio informacija apie mane **GALI BŪTI TEIKIAMA šiam (šioms) asmeniui (-ims)**

 (Vardas (-ai), pavardė (-s), telefonas (-ai))

Esu supažindintas (-a) su UAB Diagnostikos laboratorija teikiama sveikatos priežiūros paslaugomis, dirbančiais specialistais ir jų kvalifikacija, galiojančiais įkainiais, vidaus tvarkos taisyklėmis, informacija apie siuntimo į kitas sveikatos priežiūros įstaigas tvarka, galimybe rinktis sveikatos priežiūros specialistą, informacija apie pareigą bendradarbiauti su sveikatos priežiūros specialistu, vykdyti jo paskyrimus, nurodymus, pranešti apie nukrypimus nuo paskyrimų, nurodymų ir **SUTINKU** naudotis UAB Diagnostikos laboratorija paslaugomis.

Esu informuotas (-a), kad UAB Diagnostikos laboratorija naudojami papildomų tyrimų laboratorijų paslaugomis ir **SUTINKU**, kad, esant reikalui, mano mėginiai būtų pervežami į papildomų tyrimų laboratoriją. **Esu informuotas (-a)**, kad manydamas, jog UAB Diagnostikos laboratorija teikdama paslaugas galimai pažeidė mano teises ar teisėtus interesus, LR Vartotojų teisių apsaugos įstatymo nustatyta tvarka turi teisę raštu kreiptis į UAB Diagnostikos laboratorija ne vėliau kaip per tris mėnesius nuo tos dienos, kai sužinojau ar turėjau sužinoti apie manomą mano teisių ar teisėtus interesus pažeidimą. **Esu informuotas (-a)**, kad dėl neumatų aplinkybių (nepriklausančių nuo UAB Diagnostikos laboratorija priežasčių), tyrimų atlikimas gali neatitikti įprastinio tyrimų atlikimo grafiko ir **SUTINKU**, kad esant tokiai situacijai tyrimų atsakymai gali vėluoti. **Esu informuotas (-a)**, kad LR teisės aktų nustatyta tvarka informacija, susijusi su mano asmens duomenimis, turi teisę gauti institucijos ir kitos įstaigos, kurioms LR įstatymai suteikia teisę gauti konfidencialią informaciją apie pacientą be jo sutikimo. **Esu informuotas (-a)**, kad jeigu nenurodysiu kontaktinio telefono numerio, nebūsiu informuotas (-a) apie gautas kritines laboratorinių tyrimų reikšmes ir kitą svarbią informaciją.

Man išaiškinta apie intervencinės procedūros (kraujo, nuograndų mėginių paėmimą, skiepijimą, injekcijas, anesteziją ir kt.) esmę, eigą, pobūdį, tikslą, galimas šalutines (nepageidaujamas) reakcijas, komplikacijas. Patvirtinu, kad man buvo išsamiai bei suprantamai paaiškinta apie alternatyvius laboratorinių, instrumentinių tyrimų metodus, galimas laboratorinių tyrimų paklaidas, padarinius atsisakius procedūros(-ų), apie intervencinės procedūros apimties keitimo leistinumą, jei jos metu su manimi papildomai to aptarti nebus galimybės, o sutikimo metu to nuspėti negalima, anestezijos taikymą/netaikymą, o jei taikoma, man buvo nurodytas anestezijos atlikimo būdas, rizika bei galimos komplikacijos.

SUTINKU, kad būtų atliekama (-os) ši (-os) procedūra (-os) (tinkamas pažymėti):

kraujo paėmimas **skiepijimas** **nuograndų paėmimas** **injekcijos** **kita (įrašyti) _____**
 Nesutinku _____
 paciento (atstovo) parašas, data, laikas

Mėginį pristaciau pats:

kraujo **šlapimo** **išmatų** **kita (įrašyti) _____**
 Patvirtinu _____
 paciento (atstovo) parašas, data, laikas

SUTINKU, kad man būtų atlikti visi paskirti arba mano pageidaujami tyrimai, intervencinės procedūros (paimitas kraujo mėginys, nuograndos ir kt.), tyrimų metu gauti mano sveikatos duomenys būtų tvarkomi tikslu mane informuoti apie mano sveikatos būklę ir gydymo ar slaugos plano sudarymo tikslais, bei kad būtų pravestas gydymas pagal nustatytą ir suprantama kalba išaiškintą tyrimų, gydymo bei slaugos planą.

Nesutinku _____
 paciento (atstovo) parašas, data, laikas

Sutinku _____
 paciento (atstovo) parašas, data, laikas

SUTINKU, kad man būtų pateikiama visa informacija apie mano sveikatos būklę, ligos diagnozę, medicininių tyrimų duomenis, gydymo ir tyrimų metodikas, galimą riziką, komplikacijas, šalutinį poveikį, prognozę:

Nesutinku _____
 paciento (atstovo) parašas, data, laikas

Sutinku _____
 paciento (atstovo) parašas, data, laikas

Pažymėkite tinkamą:

| | | | | | | |
|--------------------------|-------------------------------------|----------------|--------------------------|-------------------------------------|------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | SUTINKU | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | NESUTINKU | ,kad nurodytas mano telefono numeris būtų naudojamas tikslu pateikti man prisijungimus prie savitarnos svetainės www.manotyrimai.lt. |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | SUTINKU | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | NESUTINKU | ,kad informacija apie man atliktus tyrimus ir suteiktas paslaugas būtų teikiama telefonu ir/arba internetinėmis ryšio priemonėmis. |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | SUTINKU | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | NESUTINKU | ,kad sąskaita faktūra už suteiktas paslaugas man būtų siunčiama nurodytu el. pašto adresu. |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | SUTINKU | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | NESUTINKU | ,kad nurodytas mano telefono numeris ir/ar el. pašto adresas būtų naudojamas tikslu pateikti man priminimus apie kitų skiepų, kitų vizitų pas gydytoją datas bei priminimus apie besibaigiantį sveikatos patikros galiojimą. |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | SUTINKU | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | NESUTINKU | ,kad nurodytas mano telefono numeris ir/ar el. pašto adresas būtų naudojamas informacijos, susijusios su man atliekamais tyrimais: informacija apie jų vėlavimą, įvykdymą ir rezultatus, teikimo tikslais. |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | SUTINKU | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | NESUTINKU | ,kad nurodytas mano telefono numeris ir/ar el. pašto adresas būtų naudojamas gydytojo konsultacijos teikimui. |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | SUTINKU | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | NESUTINKU | ,dėl asmens duomenų naudojimo tiesioginės rinkodaros tikslais (siunčiami naujienlaiškiai, susisiekiama el. paštu,SMS, telefonu ir kt.). |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | SUTINKU | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | NESUTINKU | ,kad man sutikus dėl asmens duomenų naudojimo tiesioginės rinkodaros tikslais, mano asmens duomenys būtų profiliuojami, t.y. man būtų teikiami tik tokie pasiūlymai, kurie sudaromi kaip man potencialiai aktualiausi pagal mano paslaugų užsakymų profilį. |

Tel. Nr. _____ El. paštas: _____

Patvirtinu: _____
 paciento (atstovo) parašas, data, laikas

UAB Diagnostikos laboratorija
Įmonės kodas 300598351
Žemaičių pl. 37, Kaunas, LT-48178
Tel. 8 700 55511

Padalinio pavadinimas, telefonas arba spaudas

PATVIRTINU, kad esu informuotas (-a), jog:

1. šioje sutartyje – sutikime (toliau – sutartis - sutikimas) pateikti mano (ar mano atstovo ar kito asmens) asmens duomenys ir šios sutarties – sutikimo vykdymo metu gauti mano asmens duomenys, susiję su sveikata, bus tvarkomi sveikatos priežiūros paslaugų suteikimo tikslu ir aukščiau nurodytais tikslais, kuriais aš išreiškiau sutikimą dėl mano asmens duomenų tvarkymo, bei LR teisės aktų nustatytų prievolių, be kita ko, susijusių su dokumentų saugojimu, bei UAB Diagnostikos laboratorija teisėtų interesų užtikrinimo, jeigu aš kreipiuosi į UAB Diagnostikos laboratorija ar kompetentingas institucijas dėl savo pažeistų teisių gynimo ar UAB Diagnostikos laboratorija priversta ginti savo pažeistas teises, kreipiantis į mane ar kompetentingas institucijas, tikslais. Šis duomenų tvarkymas nurodytais tikslais atitinka 2016 m. balandžio 27 d. Europos Parlamento ir Tarybos Bendrajame duomenų apsaugos reglamente (ES) 2016/679 numatytus teisinius pagrindus: 6 str. 1 d. a) p. – mano sutikimu; 6 str. 1 d. b) p. – tvarkyti duomenis būtina siekiant įvykdyti sutartį, kurios šalis yra duomenų subjektas, arba siekiant imtis veiksmų duomenų subjekto prašymu prieš sudarant sutartį; 6 str. 1 d. c) p. – tvarkyti duomenis būtina, kad būtų įvykdyta duomenų valdytoju taikoma teisinė prievolė; 6 str. 1 d. f) p. – tvarkyti duomenis būtina siekiant teisėtų duomenų valdytojo interesų; 9 str. 2 d. a) p. – mano sutikimu (kai tvarkomi su mano sveikata susiję asmens duomenys); 9 str. 2 d. h) p. – tvarkyti duomenis būtina profilaktinės arba darbo medicinos tikslais, siekiant nustatyti diagnozę, teikti sveikatos priežiūros paslaugas ar gydymą;
2. mano asmens duomenys gali būti teikiami tyrimų paslaugas teikiančioms laboratorijoms, užkrečiamųjų ligų profilaktiką ir kontrolę vykdančioms valstybės institucijoms bei kitoms institucijoms, įstaigoms, kurioms LR galiojantys teisės aktai numato pareigą pateikti su pacientu susijusią informaciją, apimančią asmens duomenis, be jo sutikimo, taip pat, asmenims, kurie teikia UAB Diagnostikos laboratorija informacinių technologijų, sistemų priežiūros, buhalterinės apskaitos, teisinės ar kitas su verslo vykdymu susijusias paslaugas, ir kurie tokių paslaugų teikimo tikslais tvarko asmens duomenis.
3. mano asmens duomenų, kuriems aukščiau išreiškiau sutikimus juos tvarkyti informavimo tikslais, tvarkymo ir saugojimo trukmė yra 2 metai nuo jų gavimo dienos, bet ne ilgiau nei aš atšaukiu savo sutikimą tvarkyti mano asmens duomenis tokiais tikslais. Kiti šioje sutartyje – sutikime mano pateikti ir jos vykdymo metu gauti asmens duomenys bus saugomi iki bus pilnai įvykdyta ši sutartis - sutikimas ir 10 metų po jos įvykdymo pabaigos, bet ne trumpiau nei LR teisės aktuose nustatyta terminą saugoti asmens duomenis ar su jais susijusius dokumentus. Kai asmens duomenys reikalingi siekiant teisėtų UAB Diagnostikos laboratorija ar trečiųjų asmenų interesų, asmens gali būti saugomi tiek, kiek toks saugojimas yra reikalingas siekiant užtikrinti tokius teisėtus interesus;
4. turiu teisę, atvykęs UAB Diagnostikos laboratorija buveinės adresu, bei patvirtinęs savo asmens tapatybę, arba el. paštu info@kraujotyrimai.lt, tinkamai identifikavęs savo asmens tapatybę elektroninėmis priemonėmis:
 - 4.1. reikalauti ištaisyti tvarkomus mano ar mano pateiktus trečiųjų asmenų asmens duomenis, jeigu asmens duomenys yra netikslūs;
 - 4.2. reikalauti ištrinti asmens duomenis arba apriboti, išskyrus saugojimą, asmens duomenų tvarkymą, kai užginčijamas duomenų tikslumas, kai asmens duomenų tvarkymas yra neteisėtas, kai duomenų valdytoju nebereikia asmens duomenų jų tvarkymo tikslais, tačiau jų reikia man siekiant pareikšti, vykdyti arba apginti teisinius reikalavimus, ar kai išreiškiu nesutikimą tvarkyti asmens duomenis;
 - 4.3. reikalauti perkelti man asmens duomenis, jeigu jie buvo pateikti susistemintu ir įprastai naudojamu ir kompiuterio skaitomu formatu ir jie yra tvarkomi automatizuotomis priemonėmis. Esant prieš tai išdėstytoms sąlygoms, turiu teisę reikalauti, kad mano asmens duomenys būtų perkelti kitam duomenų valdytoju, kai tai yra techniškai įmanoma;
 - 4.4. susipažinti su savo asmens duomenimis, t. y. gauti informaciją apie asmens duomenų tvarkymo tikslus, saugojimo laikotarpį, duomenų gavėjus, asmens duomenų šaltinius, bei informaciją apie tai, kaip ir kokiais atvejais galiu pasinaudoti teise prašyti ištaisyti arba ištrinti asmens duomenis, ar apriboti asmens duomenų tvarkymą ar nesutikti su tokiu tvarkymu;
 - 4.5. Taip pat turiu teisę pateikti skundą Valstybinei duomenų apsaugos inspekcijai dėl mano asmens duomenų tvarkymo.
5. šioje sutartyje – sutikime nurodytų asmens duomenų – telefono numerio, elektroninio pašto adreso ar kito asmens (išskyrus atstovo) asmens duomenų pateikimas nėra LR teisės aktuose ar šioje sutartyje - sutikime numatytas reikalavimas, ir šių duomenų pateikti nepivalote. Kitų šioje sutartyje – sutikime nurodytų asmens duomenų – vardo, pavardės, gimimo datos, pateikimas yra privalomas pagal Sutikimo dėl sveikatos priežiūros paslaugų teikimo formos reikalavimų aprašą, patvirtintą LR Sveikatos apsaugos ministro 2010 m. kovo 8 d. įsakymu Nr. V-184;
6. Jeigu išreiškėte sutikimą dėl asmens duomenų profiliavimo tiesioginės rinkodaros tikslais, Jūsų užsakymų duomenys bus profiliuojami, t.y. UAB Diagnostikos laboratorija nustatys Jums aktualiausius pasiūlymus pagal tai, kokiomis paslaugomis naudojate. Atitinkami veiksmai leis mums pateikti Jums tik labiausiai aktualius tiesioginės rinkodaros pasiūlymus, o tokie pasiūlymai, kurie bus nustatyti kaip galimai neaktualūs pagal turimus paslaugų užsakymų duomenis, Jums nebus siunčiami.
7. aukščiau nurodytais kontaktiniais adresais, turiu teisę bet kada atšaukti savo sutikimą tvarkyti mano asmens duomenis, t.y. nesutikti su mano asmens duomenų, kuriems aukščiau išreiškiau sutikimus juos tvarkyti nurodytais tikslais, tvarkymu. Taip pat, turiu teisę išreikšti nesutikimą ir dėl visų kitų mano asmens duomenų tvarkymo tuo atveju, kai asmens duomenys, yra tvarkomi dėl teisėtų UAB Diagnostikos laboratorija ar trečiųjų asmenų interesų (jeigu jie būtų tvarkomi dėl tokių teisėtų interesų). Tokiu atveju UAB Diagnostikos laboratorija įsipareigoja nebetvarkyti tokių asmens duomenų, išskyrus atvejus, jeigu UAB Diagnostikos laboratorija tokius mano duomenis tvarko dėl teisėtų priežasčių, kurios yra viršesnės už duomenų subjekto interesus ir nurodytas nesutikimo su asmens duomenų tvarkymu priežastis, arba siekiant pareikšti ar apginti teisinius reikalavimus.

Patvirtinu _____

paciento (atstovo) parašas, data, laikas

Pacientą supažindino: _____

(Vardas, pavardė, pareigos arba spaudas, parašas, data, laikas)

Sveikatos priežiūros specialistas, atliksiantis invazinę ir/ar intervencinę procedūrą: _____

(Vardas, pavardė, profesinė kvalifikacija arba spaudas, parašas)