

LIETUVOS AKLŲJŲ IR SILPNAREGIŲ UGDYMO CENTRAS
MOKINIO (-ĖS) TĖVŲ (GLOBĖJŲ, RŪPINTOJŲ) VALIOS PAREIŠKIMAS
DĖL SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ

(data)

Aš, _____,
(vardas, pavardė, telefonas)
atstovaujantis (-i) savo vaiko / globotinio / rūpinamojo

(mokinio vardas, pavardė, asmens kodas, klasė)
interesus, pareiškiu savo valią dėl sveikatos priežiūros paslaugų LASUC:

1. **Sutinku / nesutinku** (pabraukti), kad mano vaikui/globotiniui/rūpinamajam LASUC Medicinos punkte būtų teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos pagal vaiką gydančio šeimos gydytojo rekomendacijas ir / arba vadovaujantis LASUC nustatyta tvarka.
2. **Sutinku / nesutinku** (pabraukti), kad mano vaiko/globotinio/rūpinamojo asmens duomenys būtų naudojami sveikatos priežiūros paslaugų organizavimui LASUC, laikantis Bendrojo duomenų apsaugos reglamento ir Asmens duomenų tvarkymo taisyklių reikalavimų.
3. **Sutinku / nesutinku** (pabraukti), kad LASUC medicinos punkto darbuotojas (pvz., vaikų ligų gydytojas, bendrosios praktikos slaugytojas ir kt.) prisijungtų prie Elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinės sistemos ir susipažintų su mano vaiko/globotinio/rūpinamojo **Mokinio sveikatos pažymėjime (forma Nr.E027-1)** nurodytomis rekomendacijomis sveikatos priežiūrai LASUC bei gydytojų specialistų (oftalmologo, ortopedo traumatologo, fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojo ir kt.) konsultacijų išvadomis. **Nesutikęs, pateikiu iš informacinės sistemos atspausdintus galiojančią Mokinio sveikatos pažymėjimą (forma Nr.E027-1)) bei gydytojų specialistų išrašus / išvadas.**
4. **Sutinku / nesutinku** (pabraukti), kad masažuotojas, ergoterapeutas, kineziterapeutas teiktų informaciją į Elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinę sistemą apie mano vaikui/globotiniui/rūpinamajam LASUC suteiktas paslaugas.
5. **Sutinku / nesutinku** (pabraukti), kad LASUC ūmiai susirgusiam ar traumą patyrusiam mano vaikui/globotiniui/rūpinamajam suteiktų pirmą pagalbą, o, esant būtinybei, į ligoninę lydėtų LASUC medicinos darbuotojas, auklėtojas ar kitas LASUC darbuotojas.
6. **Sutinku / nesutinku** (pabraukti) dėl stacionarinio gydymo, jeigu mano vaikas/globotinis/rūpinamasis ūmiai susirgtų ir jam (jai) būtų reikalinga medicininė pagalba ligoninėje.
7. **Sutinku / nesutinku** (pabraukti), kad mano vaikui/globotiniui/rūpinamajam LASUC pagal medicinines indikacijas būtų atliekamas gydomasis masažas, ergoterapijos, kineziterapijos užsiėmimai.

(Mokinio (-ės) tėvų (globėjų, rūpintojų) vardas, pavardė)

(Parašas)