

Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų
teikimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo, patvirtinto
VšĮ Klaipėdos universiteto ligoninės
generalinio direktoriaus
2024-01-30 įsakymu Nr. 2-102
7 priedas

VIEŠOJI ĮSTAIGA KLAIPĖDOS UNIVERSITETO LIGONINĖ

VAISTŲ/MEDICINOS PAGALBOS PRIEMONIŲ (MEDICINOS PRIETAISŲ) KAINŲ SKIRTUMO APSKAITOS LAPAS

Paciento vardas, pavardė _____
Gydymo stacionare istorijos (Forma Nr. 003/a) Nr. _____
Paslaugos teikimo data _____

Vaistai ir medicinos pagalbos priemonės (medicinos prietaisai) pagal patvirtintas metodikas				Vaistai ir medicinos pagalbos priemonės (medicinos prietaisai) pagal paciento pasirinkimą				Skirtumas, Eur be PVM *	PVM, Eur	Skirtumas, Eur su PVM
Pavadinimas **	Vnt., kaina be PVM, Eur*	Kiekis **	Suma, Eur *	Pavadinimas **	Vnt., kaina be PVM, Eur*	Kiekis **	Suma, Eur *			
IŠ VISO:										

* įrašo skyriaus vyresnysis bendrosios praktikos slaugytojas/slaugos administratorius

** įrašo gydantis gydytojas

Gydančiojo gydytojo vardas, pavardė ir parašas _____

Vyresniosios bendrosios praktikos slaugytojos/slaugos administratorės

vardas, pavardė ir parašas _____

* Esu supažindintas su mokamų paslaugų teikimo tvarka ir sutinku mokėti už man suteiktas paslaugas.

* Esu informuotas apie Ligoninėje taikomą standartinį gydymą. Gydytojui rekomendavus, pageidauju brangesnių vaistų ir papildomų medicinos priemonių, kurių kainų skirtumą sutinku sumokėti.

Data _____

Paciento (jo atstovo) vardas, pavardė ir parašas _____

Apmokėta _____ Eur, Kasos aparato kvito Nr. _____ data _____

Pinigus priėmęs darbuotojas _____

(pareigos, vardas, pavardė, parašas)