

PATVIRTINTA
VšĮ VRCP vyriausiojo gydytojo
2023-01-25 įsakymu Nr. V- 38
1 priedas

VŠĮ VILNIAUS RAJONO CENTRINĖS POLIKLINIKOS ASMENŲ PRIRAŠYMO PRIE ŠEIMOS IR/AR PSICHIKOS SVEIKATOS CENTRO GYDYTOJO TVARKA

I. BENDROS NUOSTATOS

1. Prisirašymas prie VšĮ Vilniaus rajono centrinės poliklinikos vykdomas pagal LR sveikatos apsaugos ministro 2001-11-09 įsakymą Nr. 583 „Dėl gyventojų prisirašymo prie pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų tvarkos“.

2. Asmuo gali būti prirašytas prie VšĮ Vilniaus rajono centrinėje poliklinikoje veikiančio psichikos sveikatos centro (toliau – PSC) arba prie kito Vilniaus teritorinės ligonių kasos teritorijoje veikiančio ir paslaugas teikiančios PSC. Jeigu pasirenkama VšĮ VRCP PSC, asmuo kreipiasi į PSC registratūrą.

3. Prieš pasirinkdamas šeimos gydytoją, asmuo telefonu ar atvykęs į įstaigą sužino, ar norimo pasirinkti šeimos gydytojo darbo krūvis leidžia pasirinkti pageidaujamą gydytoją.

4. Asmuo pakeisti pasirinktą įstaigą ir (ar) psichikos sveikatos centrą nemokamai gali ne anksčiau kaip po šešių mėnesių nuo prirašymo. Apribojimas netaikomas asmenims, atvykusiems mokytis į stacionarinę mokymosi įstaigą arba grįžusiems į nuolatinę gyvenamąją vietą baigus mokslus.

5. Asmuo (globėjas) už prirašymo dokumentų tvarkymą moka 0,29 euro mokestį.

6. Asmuo (globėjas), pasirinkęs kitą įstaigą ir (ar) psichikos sveikatos centrą anksčiau nei po šešių mėnesių, už prirašymo dokumentų tvarkymą ir medicinos dokumentų persiuntimą pasirinktai įstaigai moka 2,90 euro mokestį. Ši nuostata netaikoma Lietuvos Respublikos bendrojo lavinimo ir profesinių mokyklų moksleiviams bei aukštesniųjų ir aukštųjų mokyklų dieninių skyrių studentams, studijų laikotarpiu anksčiau nei po šešių mėnesių pasirenkantiems kitą įstaigą ir (ar) psichikos sveikatos centrą, – jie moka 0,29 euro mokestį.

II. ASMENŲ PRIRAŠYMAS ŠEIMOS GYDYTOJO KOMANDAI BEI GYDYTOJUI PSICHIATRUI

7. Asmuo (globėjas), pasirinkęs konkretų gydytoją, turi užpildyti, pasirašyti ir pateikti „Prašymą leisti gydytis pasirinktoje pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigoje ar psichikos sveikatos centre“ (forma Nr. 025-025-1/a) (toliau – Prašymas) vienu iš nurodytų būdų:

7.1. atvykus į VšĮ Vilniaus rajono centrinės poliklinikos (Laisvės pr. 79, ambulatorijų, BPG kabinetų) registratūrą bei pateikus asmens tapatybę patvirtinantį dokumentą su nuotrauka ir asmens kodu. Jeigu norima priregistruoti vaiką, turi būti pateiktas vaiko gimimo liudijimas. Medicinos registratorius / bendrosios praktikos slaugytojas:

- asmeniui (globėjui) pateikia informaciją ir sąrašą gydytojų, prie kurių galima prisirašyti bei užpildyti ir pasirašyti Prašymą, „Paciento valios pareiškimą dėl sveikatos priežiūros paslaugų“ (toliau –

Valios pareiškimas) ir „Paciento sutikimą gauti pirminę ambulatorinę nuotolinę asmens sveikatos priežiūros paslaugą“ (toliau – NSP). Nepilnamečių asmenų Prašymą, Valios pareiškimą ir NSP pildo ir pasirašo vienas iš tėvų, jeigu tėvų nėra – globėjas. Jeigu asmuo neraštingas, Prašymą, Valios pareiškimą ir NSP parašais tvirtina du registratūros darbuotojai ar bendrosios praktikos slaugytojai / šeimos gydytojai.

- asmenį (globėją) informuoja, kad gali būti prirašytas prie VŠĮ Vilniaus rajono centrinėje poliklinikoje veikiančio psichikos sveikatos centro arba prie kito Vilniaus teritorinės ligonių kasos teritorijoje veikiančio ir paslaugas teikiančios PSC bei pateikia Vilniaus TLK veiklos zonos psichikos sveikatos centrų sąrašą (pagal VLK tinklalapio duomenis). Prašymą asmuo (globėjas) pasirinktam psichikos sveikatos centrui turi pateikti iki einamojo mėnesio paskutinės dienos. Jeigu iki einamojo mėnesio paskutinės dienos Prašymo nepateikia, jį sveikatos statistikos ir informacinių sistemų skyriaus atsakingas specialistas nuo kito mėnesio priskiria prie VŠĮ VRCP PSC;

7.2. parsisiuntus ir užpildžius Prašymą, Valios pareiškimą ir NSP pasirašytus elektroniniu kvalifikuotu parašu elektroniniu paštu prisirasymas@vrmp.lt;

7.3. per Valstybės informacinių išteklių sąveikumo platformą (Elektroninius valdžios vartus), Prašymą užpildžius ir pateikus elektroniniu būdu. Asmuo Valios pareiškimą ir NSP užpildo pirmo apsilankymo įstaigoje metu;

7.4. paštu arba per pasiuntinį, kartu pateikiant asmens tapatybę patvirtinančio dokumento kopiją;

7.5. elektroniniu paštu prisirasymas@vrmp.lt pateikiant pasirašytą nuskenuotą ar nufotografuotą Prašymą bei asmens tapatybę patvirtinančio dokumento kopiją (šiuo būdu dokumentus galima pateikti tik tuo atveju, jei šalyje ar savivaldybėje, kurioje gyvena asmuo, paskelbta ekstremalioji situacija ar karantinas ir asmuo negali pateikti Prašymo kitais būdais).

III. ASMENŲ PRIRAŠYMO PRIE KITO GYDYTOJO TVARKA

8. Asmuo, pageidaujantis gydytis pas kitą gydytoją, registratūroje užpildo formą Nr. 025-025-2/a „Prašymas leisti gydytis pas kitą pasirinktos pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos ar psichikos sveikatos centro gydytoją“, ir ją pasirašo.

9. Jeigu asmuo pasirenka gydytoją, kuris dėl darbo krūvio negali aptarnauti didesnio skaičiaus asmenų, neviršydamas maksimaliojo darbo laiko reikalavimų, registratorė pasiūlo pasirinkti kitą gydytoją.

10. Gydytojui nutraukus darbo santykius arba sumažinus darbo krūvį, administracija skiria kitą (-us) gydytoją (-us), jeigu asmuo pats nepasirenka kito gydytojo. Kitas gydytojas skiriamas ir asmenys perregistruojami vyriausiojo gydytojo įsakymu.

11. Apie gydytojo darbo santykių nutraukimą ar darbo krūvio sumažinimą bei prirašymą prie konkretaus šeimos gydytojo asmuo (globėjas) informuojamas šiam atvykus į įstaigą arba psichikos sveikatos centrą.

PATVIRTINTA
VšĮ VRCP vyriausiojo gydytojo
2023-01-25 įsakymu Nr. V- 38
2 priedas

**ASMENŲ AMBULATORINIŲ ASMENS SVEIKATOS ISTORIJŲ IR VAIKŲ
SVEIKATOS RAIDOS ISTORIJŲ PERDAVIMO IŠ VIENOS ASMENS SVEIKATOS
PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOS IR (AR) PSICHIKOS SVEIKATOS CENTRO KITAI ASMENS
SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGAI IR (AR) PSICHIKOS SVEIKATOS CENTRUI,
TVARKA**

1. Asmeniui pasirinkus kitą asmens sveikatos priežiūros įstaigą 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 (forma Nr. 025-025-3/a).
 2. Ambulatorinė asmens sveikatos arba vaiko sveikatos raidos istorijos perduodamos per 3 darbo dienas nuo formos Nr. 025-025-3/a prašymo gavimo dienos.
 3. Perduodamų ambulatorinių asmens sveikatos ir vaikų sveikatos raidos istorijų lapai turi būti sunumeruoti ir po paskutiniojo įrašo užrašomas lapų skaičius ir perdavimo data, įrašas patvirtinamas jį atlikusio asmens vardu, pavarde ir parašu.
 4. Paruoštos ambulatorinės asmens sveikatos bei vaikų sveikatos raidos istorijos iš ambulatorijos, BPG kabineto, poliklinikos archyvo perduodamos į sekretoriatą.
 5. Sveikatos statistikos ir informacinių sistemų skyriaus vedėjas perduodamas ir gaunamas ambulatorines asmens sveikatos bei vaikų sveikatos raidos istorijas registruoja „Ambulatorinių asmens sveikatos istorijų ir vaikų sveikatos raidos istorijų perdavimo registracijos žurnale (forma Nr. 025-025-10/a).
 6. Ambulatorinės asmens sveikatos ir vaikų sveikatos raidos istorijos siunčiamos registruotu laišku arba per įgaliotąjį asmenį.
-

PATVIRTINTA

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro
2001 m. lapkričio 9 d. įsakymu Nr. 583
(Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos
ministro 2022 m. gruodžio 14 d. įsakymo
Nr. V-1855 redakcija)

(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 □□□□□□□□□□,
gyvenantis _____ ,
(adresas)

I DALIS. PIRMINĖ ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪRA

prašau mane įrašyti į _____ aptarnaujamų
(pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos pavadinimas)

asmenų sąrašą. Norėčiau pasirinkti šį gydytoją: _____ ;
(vardas, pavardė)

II. DALIS. PIRMINĖ PSICHIKOS SVEIKATOS PRIEŽIŪRA

prašau mane įrašyti į _____ aptarnaujamų
(pirminės psichikos sveikatos priežiūros paslaugas teikiančios įstaigos pavadinimas)

asmenų sąrašą.

Patvirtinu, kad esu informuotas, jog:

1) galiu būti prirašytas prie psichikos sveikatos centro tos pačios teritorinės ligonių kasos veiklos zonoje, kurioje paslaugas teikia mano pasirinkta pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaiga (toliau – PAASPI);

2) jei neužpildysiu šio prašymo II dalies „Pirminė psichikos sveikatos priežiūra“ ir iki einamojo mėnesio paskutinės dienos neprisirašysiu prie psichikos sveikatos centro, būsiu priskirtas PAASPI, kurioje pasirinkau šeimos gydytoją (jeigu ši PAASPI pati teikia psichikos sveikatos priežiūros paslaugas), arba psichikos sveikatos centrui, su kuriuo ši PAASPI yra sudariusi sutartį dėl pirminės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo.

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)

PATVIRTINTA

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro
2001 m. lapkričio 9 d. įsakymu Nr. 583
(Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos
ministro 2022 m. kovo 4 d. įsakymo
Nr. V-483 redakcija)

(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)

PATVIRTINTA

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro

2001 m. lapkričio 9 d. įsakymu Nr. 583

(Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos

ministro 2022 m. kovo 4 d. įsakymo

Nr. V-483 redakcija)

(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)

PATVIRTINTA

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro
2001 m. lapkričio 9 d. įsakymu Nr. 583
(Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos
ministro 2022 m. kovo 4 d. įsakymo
Nr. V-483 redakcija)

(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**

(Įstaigos pavadinimas arba spaudas)

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			

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro
2001 m. lapkričio 9 d. įsakymu Nr. 583
(Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos
ministro 2022 m. kovo 4 d. įsakymo
Nr. V-483 redakcija)

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

Istaigos ID _____

[illegible]