

**Paciento sutikimas dėl nuotolinės sveikatos priežiūros paslaugos**

**Sutinku/nesutinku** (reikalingą pabraukti), kad man  
būtų teikiama nuotolinė sveikatos priežiūros paslauga.

\_\_\_\_\_  
(paciento, paciento atstovo parašas)

**Susipažinau** su įstaigos vidaus darbo tvarkos taisyklėmis.

**Supratau** ir įsipareigoju jas vykdyti.

\_\_\_\_\_  
(paciento, paciento atstovo parašas)

**Esu informuotas**, apie atsakomybę už pateiktų duomenų  
apie sveikatos būklę teisingumą. Supratau ir įsipareigoju  
vykdyti.

\_\_\_\_\_  
(paciento, paciento atstovo parašas)

**Sutinku/nesutinku**, kad mano asmens duomenys  
įstaigoje bus tvarkomi vadovaujantis Lietuvos  
Respublikos teisės aktais.

\_\_\_\_\_  
(paciento, paciento atstovo parašas)