

**(Paciento prašymo dėl turtinės ir neturtinės žalos, atsiradusios dėl paciento sveikatai padarytos žalos, atlyginimo forma)**

Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisijai

**PACIENTO PRAŠYMAS DĖL TURTINĖS IR NETURTINĖS ŽALOS, ATSRADUSIOS DĖL PACIENTO SVEIKATAI PADARYTOS ŽALOS, ATLYGINIMO**

\_\_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_  
(vieta)

**I SKYRIUS  
BENDRIEJI DUOMENYS**

1. Paciento:

1.1. vardas, pavardė \_\_\_\_\_ ;

1.2. asmens kodas \_\_\_\_\_ ;

1.3. gyvenamosios vietos adresas \_\_\_\_\_ ;

1.4. telefono ryšio Nr. \_\_\_\_\_ ;

1.5. el. pašto adresas \_\_\_\_\_ .

2. Paciento atstovo:

2.1. vardas, pavardė \_\_\_\_\_ ;

2.2. asmens kodas \_\_\_\_\_ ;

2.3. gyvenamosios vietos adresas \_\_\_\_\_ ;

2.4. telefono ryšio Nr. \_\_\_\_\_ ;

2.5. el. pašto adresas \_\_\_\_\_ .

3. Prašau atlyginti žalą, atsiradusią dėl paciento sveikatai padarytos žalos (toliau – žala):

turtinę \_\_\_\_\_ Eur

neturtinę \_\_\_\_\_ Eur

4. Prašau žalos atlyginimą pervesti į:

kredito įstaigos \_\_\_\_\_ ;

paciento asmeninės sąskaitos Nr. \_\_\_\_\_ .

**II SKYRIUS  
DUOMENYS APIE ŽALĄ**

	<b>Klausimai</b>	<b>Atsakymai (langelius <input type="checkbox"/> žymėti x arba v, pažymėtose vietose atsakymą įrašyti)</b>
1.	Asmens sveikatos priežiūros įstaiga, kurioje padaryta žala	
2.	Asmens sveikatos priežiūros specialisto, kuriam teikiant asmens sveikatos priežiūros paslaugas (toliau – paslaugos) padaryta žala, profesinė kvalifikacija ir (arba) vardas ir pavardė (jei žinoma)	
3.	Paslaugų teikimo data	
4.	Žala įvyko (pažymėti bent vieną iš nurodytų atvejų):	<input type="checkbox"/> dėl diagnostikos ir (arba) <input type="checkbox"/> dėl taikyto gydymo; ir (arba) <input type="checkbox"/> dėl prevencinių priemonių taikymo; ir (arba) <input type="checkbox"/> dėl taikytos reabilitacijos; ir (arba) <input type="checkbox"/> dėl pacientui taikytos slaugos; ir (arba)

		<input type="checkbox"/> dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų nesuteikimo (neveikimo), t. y. nediagnozavimo, negydymo esant indikacijoms ir pan.; ir (arba) <input type="checkbox"/> dėl biomedicininio tyrimų (kai jie vykdyti be biomedicininio tyrimo užsakovo ir pagrindinio tyrėjo civilinės atsakomybės privalomojo draudimo); ir (arba) <input type="checkbox"/> kita: _____
5.	Liga ar sveikatos sutrikimas, ar kita priežastis, dėl kurios kreipėtės į asmens sveikatos priežiūros įstaigą dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų (nurodyti pavadinimą, diagnozę arba apibūdinti)	
6.	Žalos ir jos padarymo aplinkybių (žalos padarymo data ir laikas, paaiškinimas, kaip ji padaryta) apibūdinimas	

### III SKYRIUS DUOMENYS APIE TURTINĘ ŽALĄ, ATsirADUSIĄ DĖL ŽALOS

	Klausimai	Atsakymai (langelius <input type="checkbox"/> žymėti x arba v, pažymėtose vietose atsakymą įrašyti)
1.	Ar dėl žalos atsiradimo patyrėte išlaidų (pažymėti, kas tinka):	<input type="checkbox"/> nekompensuojamiesiems vaistams ir medicinos priemonėms (prietaisams) _____ Eur; <input type="checkbox"/> paciento priemokoms už kompensuojamuosius vaistus ir medicinos priemones (prietaisus) _____ Eur; <input type="checkbox"/> mokamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos _____ Eur; <input type="checkbox"/> kitos išlaidos, tiesiogiai susijusios su padaryta žala sveikatai (nurodyti) _____ Eur.
2.	Ar dėl žalos atsiradimo netekote pajamų:	<input type="checkbox"/> Taip Jei taip, nurodykite, kokių, koku laikotarpiu ir jų sumą: _____ <input type="checkbox"/> Ne
3.	Ar gaunate ligos išmokas, mokamas pagal Lietuvos Respublikos ligos ir motinystės socialinio draudimo įstatymą, šalpos neįgalumo pensiją arba socialinio draudimo netekto darbingumo pensiją, mokamą dėl žalos sukeltos ligos ir (ar) sveikatos sutrikimo:	<input type="checkbox"/> Taip Jei taip, nurodykite, kurią iš nurodytų išmokų ar pensijų gaunate, kokiam laikotarpiui ji paskirta ir jos dydį per mėnesį: _____ Nurodykite sprendimo dėl ligos išmokos arba šalpos neįgalumo pensijos, arba socialinio draudimo netekto darbingumo pensijos paskyrimo datą ir numerį _____ <input type="checkbox"/> Ne

PASTABA. Prie prašymo turi būti pridedami šiame skyriuje nurodytą informaciją patvirtinantys dokumentai ar jų kopijos.

### IV SKYRIUS DUOMENYS APIE NETURTINĘ ŽALĄ, ATsirADUSIĄ DĖL ŽALOS

Nr.	Klausimai	Atsakymai (langelius <input type="checkbox"/> žymėti x arba v, pažymėtose vietose atsakymą įrašyti)
1.	Ar <b>po</b> žalos atsiradimo Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnybos prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos (toliau – NDNT)	<input type="checkbox"/> Taip Jeigu taip, koks _____ Nurodykite NDNT sprendimo datą ir numerį _____ _____

	sprendimu yra nustatytas neįgalumo lygis (pildo asmenys iki 18 metų, išskyrus tuos asmenis, kurie yra (buvo) draudžiami valstybiniu socialiniu draudimu)?	<input type="checkbox"/> Ne
2.	Ar <b>po</b> žalos atsiradimo NDNT sprendimu yra nustatytas darbingumo lygis (išlikęs darbingumas; pildo asmenys nuo 18 metų iki senatvės pensijos amžiaus ir jaunesni kaip 18 metų asmenys, kurie yra (buvo) draudžiami valstybiniu socialiniu draudimu)?	<input type="checkbox"/> Taip Jeigu taip, koks _____. Nurodykite NDNT sprendimo datą ir numerį _____.  <input type="checkbox"/> Ne
3.	Ar <b>po</b> žalos atsiradimo yra nustatyti specialieji poreikiai?	<input type="checkbox"/> Taip, nustatyti specialieji poreikiai (jei pažymėjote šį punktą, būtina atlikti žymėjimą, konkretizuojantį spec. poreikius):  Nustatyti specialieji nuolatinės priežiūros (pagalbos) poreikiai: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> pirmojo lygio;</li> <li><input type="checkbox"/> antrojo lygio.</li> </ul> Nustatyti specialieji nuolatinės slaugos poreikiai: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> pirmojo lygio;</li> <li><input type="checkbox"/> antrojo lygio.</li> </ul> <input type="checkbox"/> Nustatyti specialieji ugdymo poreikiai. <input type="checkbox"/> Nustatyti specialieji techninės pagalbos priemonių poreikiai. <input type="checkbox"/> Nustatyti specialieji aplinkos ir būsto pritaikymo poreikiai.  Nurodykite instituciją, priėmusią sprendimą nustatyti specialiuosius poreikius, ir sprendimo datą bei numerį _____.  <input type="checkbox"/> Ne
4.	Ar <b>iki</b> žalos atsiradimo NDNT sprendimu buvo nustatytas neįgalumo lygis?	<input type="checkbox"/> Taip Jeigu taip, koks _____. Nurodykite NDNT sprendimo datą ir numerį _____.  <input type="checkbox"/> Ne
5.	Ar <b>iki</b> žalos atsiradimo NDNT sprendimu buvo nustatytas darbingumo lygis (išlikęs darbingumas; pildo asmenys nuo 18 metų iki senatvės pensijos amžiaus ir jaunesni kaip 18 metų asmenys, kurie yra (buvo) draudžiami valstybiniu socialiniu draudimu)?	<input type="checkbox"/> Taip Jeigu taip, koks _____. Nurodykite NDNT sprendimo datą ir numerį _____.  <input type="checkbox"/> Ne

6.	Ar iki žalos atsiradimo buvo nustatyti specialieji poreikiai?	<input type="checkbox"/> Taip, nustatyti specialieji poreikiai (jei pažymėjote šį punktą, būtina pažymėti langelį, konkretizuojantį specialiuosius poreikius):  Nustatyti specialieji nuolatinės priežiūros (pagalbos) poreikiai: <input type="checkbox"/> pirmojo lygio; <input type="checkbox"/> antrojo lygio.  Nustatyti specialieji nuolatinės slaugos poreikiai: <input type="checkbox"/> pirmojo lygio; <input type="checkbox"/> antrojo lygio.  <input type="checkbox"/> Nustatyti specialieji ugdymo poreikiai.  <input type="checkbox"/> Nustatyti specialieji techninės pagalbos priemonių poreikiai.  <input type="checkbox"/> Nustatyti specialieji aplinkos ir būsto pritaikymo poreikiai.  <input type="checkbox"/> Nustatyti kiti specialieji poreikiai (įrašyti): _____ Nurodykite instituciją, priėmusią sprendimą nustatyti specialiuosius poreikius, ir sprendimo datą bei numerį _____. _____ <input type="checkbox"/> Ne
7.	Jei iki sužalojimo buvote pastojusi, ar dėl patirto sužalojimo nutrūko nėštumas arba buvo būtinas nėštumo nutraukimas dėl sužalojimo?	<input type="checkbox"/> Taip, nėštumas buvo: <input type="checkbox"/> iki 12 savaičių; <input type="checkbox"/> nuo 12 iki 22 savaičių; <input type="checkbox"/> nuo 22 savaičių.  <input type="checkbox"/> Ne, nėštumas nenutrūko ir nebuvo nutrauktas.
8.	Kaip pasikeitė Jūsų gyvenimas po žalos atsiradimo (pažymėkite bent vieną iš nurodytų punktų)?	<input type="checkbox"/> Sumažėjo galimybės dirbti darbą, kurį dirbau iki sužalojimo ir (arba) pagal įgytą profesinę kvalifikaciją. Jeigu pažymėjote šį atsakymą, nurodykite, kokį darbą (nurodykite darbovietę) arba pagal kokią įgytą kvalifikaciją ir kaip tai pasireiškia: _____ <input type="checkbox"/> Praradau galimybės dirbti darbą, kurį dirbau iki sužalojimo ir (arba) pagal įgytą profesinę kvalifikaciją. Jeigu pažymėjote šį atsakymą, nurodykite, kokį darbą arba pagal kokią kvalifikaciją ir dėl kokių konkrečiai priežasčių: _____ <input type="checkbox"/> Sumažėjo galimybės užsiimti ankstesne veikla (visuomenine, laisvalaikio ar kt.). Jeigu pažymėjote šį atsakymą, nurodykite, kokia ir kaip tai pasireiškia: _____ <input type="checkbox"/> Negaliu užsiimti ankstesne veikla. Jeigu pažymėjote šį atsakymą, nurodykite, kokia ir dėl kokių konkrečiai priežasčių: _____ <input type="checkbox"/> Sumažėjo galimybės mokytis. Jeigu pažymėjote šį atsakymą, nurodykite, kur mokėtės ir kaip pasireiškia galimybių mokytis sumažėjimas: _____ <input type="checkbox"/> Negaliu mokytis taip, kaip mokiausi iki žalos atsiradimo momento. Jeigu pažymėjote šį atsakymą, nurodykite, dėl kokių konkrečiai priežasčių: _____ <input type="checkbox"/> Nutrūko santuoka. Jeigu pažymėjote šį atsakymą, nurodykite, kaip santuokos nutrūkimas susijęs su sužalojimu _____.

		<input type="checkbox"/> Negaliu pasirūpinti savo nepilnamečiu (-iais) vaiku (-ais) ir (arba) kitais artimaisiais taip, kaip jais rūpinausi iki žalos atsiradimo momento. Jeigu pažymėjote šį atsakymą, nurodykite, keliais ir kokio amžiaus vaikais arba keliais ir kokiais artimaisiais rūpinotės, dėl kokių priežasčių, ko konkrečiai negalite atlikti rūpindamiesi jais po sužalojimo: _____. <input type="checkbox"/> Sumažėjo galimybės sukurti šeimą ir susilaukti vaikų ir (arba) užmegzti socialinius ryšius. Jeigu pažymėjote šį atsakymą, nurodykite, kaip tai susiję su sužalojimu. <input type="checkbox"/> Pablogėjo išvaizda. Jeigu pažymėjote šį atsakymą, nurodykite, kurioje kūno vietoje sužalojimas yra: _____. <input type="checkbox"/> Nepasikeitė. <input type="checkbox"/> Kita: _____.
9.	Ar dėl sužalojimo patyrėte skausmą?	<input type="checkbox"/> Taip: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> vaistų nuo skausmo nevarčiau;</li> <li><input type="checkbox"/> vaistus nuo skausmo varčiau ne ilgiau kaip vieną savaitę;</li> <li><input type="checkbox"/> vaistus nuo skausmo varčiau ne ilgiau kaip tris mėnesius;</li> <li><input type="checkbox"/> vaistus nuo skausmo varčiau ilgiau nei tris mėnesius;</li> <li><input type="checkbox"/> skausmui gydyti skirtos invazinės procedūros.</li> </ul> Nuo skausmo vartotų vaistų pavadinimas (-ai) ir kiekvieno iš jų vartojimo trukmė: _____. Skausmui gydyti skirtų invazinių procedūrų taikymo trukmė _____.
10.	Ar dėl sužalojimo patyrėte kitų nepatogumų, išskyrus skausmą?	<input type="checkbox"/> Taip Jeigu taip, kokie _____. <input type="checkbox"/> Ne
11.	Ar dėl sužalojimo sveikata sutriko ir laikinai buvote nedarbingas?	<input type="checkbox"/> Taip <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 11–30 dienų;</li> <li><input type="checkbox"/> 31–60 dienų;</li> <li><input type="checkbox"/> 61–90 dienų;</li> <li><input type="checkbox"/> 91–180 dienų;</li> <li><input type="checkbox"/> 181–364 dienas;</li> <li><input type="checkbox"/> ilgiau nei metus.</li> </ul> <input type="checkbox"/> Ne
12.	Ar iki sužalojimo turėjote diagnozuotų psichikos ir elgesio sutrikimų?	<input type="checkbox"/> Taip Jeigu taip, kokių _____. <input type="checkbox"/> Ne
13.	Ar dėl sužalojimo patirti emociniai išgyvenimai sukėlė iki tol buvusio psichikos ir elgesio sutrikimo paūmėjimą?	<input type="checkbox"/> Taip Jeigu taip, kokie psichikos ir elgesio sutrikimai paūmėjo ir kaip tai pasireiškė: _____. <input type="checkbox"/> Ne, kadangi iki sužalojimo jokių psichikos ir elgesio sutrikimų neturėjau. <input type="checkbox"/> Ne, iki sužalojimo buvę psichikos ir elgesio sutrikimai išliko tokie patys (nepaūmėjo).
14.	Ar dėl sužalojimo susirgote koku nors psichikos ir elgesio sutrikimu?	<input type="checkbox"/> Taip Jeigu taip, koku: _____. <input type="checkbox"/> Ne

15.	Ar <b>iki</b> sužalojimo sirgote kokiomis nors ligomis ar sveikatos sutrikimais?	<input type="checkbox"/> Taip Jeigu taip, kokiomis ligomis ir kokiais sveikatos sutrikimais: _____ <input type="checkbox"/> Ne
16.	Ar sužalojimas sukėlė iki sužalojimo sirgtų ligų ar sveikatos sutrikimų paūmėjimą?	<input type="checkbox"/> Taip Jeigu taip, kokių ir kaip tai pasireiškė: _____ <input type="checkbox"/> Ne
17.	Ar <b>dėl</b> sužalojimo susirgote kokia nors liga ar sveikatos sutrikimu?	<input type="checkbox"/> Taip Jeigu taip, kokia liga arba koku sveikatos sutrikimu: _____ <input type="checkbox"/> Ne
18.	Ar asmens sveikatos priežiūros specialistui, teikusiam paslaugas, suteikėte visą informaciją apie savo sveikatą, persirgtas ligas, atliktas operacijas, vartotus ir vartojamus vaistus, alergines reakcijas, genetinį paveldimumą ir kitus pacientui žinomus duomenis, reikalingus sveikatos priežiūros paslaugoms tinkamai suteikti?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne Jeigu ne, nurodykite kokios informacijos nepateikėte ir kodėl: _____ _____
19.	Ar po to, kai kreipėtės į sveikatos priežiūros įstaigą, vykdėte sveikatos priežiūros specialistų paskyrimus ir rekomendacijas?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne, nevykdžiau. Jei pasirinkote šį atsakymą, nurodykite, kodėl nevykdėte _____ <input type="checkbox"/> Vykdžiau, tačiau ne visus. Jeigu ne visus, nurodykite, kokių nevykdėte ir kodėl: _____ _____
20.	Ar informavote sveikatos priežiūros specialistus apie nukrypimus nuo paskyrimų ar nustatyto režimo, dėl kurių davėte sutikimą?	<input type="checkbox"/> Taip Jeigu taip, nurodykite, apie kokius informavote ir kodėl neinformavote apie kitus (jei tokių buvo): _____ <input type="checkbox"/> Neinformavau. Jei pasirinkote šį atsakymą, nurodykite, kodėl neinformavote _____ <input type="checkbox"/> Vykdžiau visus sveikatos priežiūros specialistų paskyrimus.
21.	Ar iki sužalojimo vartojote tabako gaminius ir (ar) su jais susijusius gaminius?	<input type="checkbox"/> Taip Jeigu taip, pažymėkite, kokius: <input type="checkbox"/> rūkiau cigaretes; <input type="checkbox"/> vartojau kitokius tabako gaminius; <input type="checkbox"/> rūkiau pypkę; <input type="checkbox"/> rūkiau elektronines cigaretes; <input type="checkbox"/> rūkiau kitus rūkomuosius žolinius gaminius. Nurodykite, kaip dažnai vartojote pažymėtus gaminius _____ <input type="checkbox"/> Ne
22.	Ar iki sužalojimo vartojote alkoholį?	<input type="checkbox"/> Taip Jeigu taip, pažymėkite, kaip dažnai: <input type="checkbox"/> kartą per dieną; <input type="checkbox"/> kartą per savaitę; <input type="checkbox"/> du kartus per savaitę; <input type="checkbox"/> tris kartus per savaitę;

		<input type="checkbox"/> keturis kartus per savaitę; <input type="checkbox"/> penkis kartus per savaitę; <input type="checkbox"/> šešis kartus per savaitę; <input type="checkbox"/> kartą per mėnesį; <input type="checkbox"/> du kartus per mėnesį; <input type="checkbox"/> rečiau.  <input type="checkbox"/> Ne
23.	Ar iki sužalojimo vartojote psichotropinius vaistus be gydytojo paskyrimo?	<input type="checkbox"/> Taip Jeigu taip, nurodykite vartotų psichotropinių vaistų pavadinimą, stiprumą ir vartojimo trukmę: _____  <input type="checkbox"/> Ne
24.	Ar iki sužalojimo vartojote kitas psichoaktyvias medžiagas?	<input type="checkbox"/> Taip Jeigu taip, nurodykite vartotų kitų psichoaktyviųjų medžiagų pavadinimą, stiprumą ir vartojimo trukmę: _____  <input type="checkbox"/> Ne
25.	Ar laikėtės kitų atsargumo taisyklių (nenurodytų šios lentelės 18-24 punktuose) teikiant paslaugas?	<input type="checkbox"/> Taip  <input type="checkbox"/> Ne Jeigu ne, nurodykite kokių atsargumo taisyklių nesilaikėte ir kodėl: _____  
26.	Ar yra, Jūsų nuomone, informacijos, kurios nepamainėsite šiame prašyme ir kuri, Jūsų nuomone, yra svarbi žalos atlyginimui gauti?	<input type="checkbox"/> Taip Jeigu taip, nurodykite tokią informaciją: _____;  <input type="checkbox"/> Ne, nes paminėjau viską.

PASTABA. Prie prašymo turi būti pridedami šiame skyriuje nurodytą informaciją patvirtinantys dokumentai ar jų kopijos.

Patvirtinu, kad šiame prašyme ir kituose dokumentuose pateikta informacija yra teisinga ir tiksli.

Patvirtinu, kad esu susipažinęs (-usi) su Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymu ir Turtinės ir neturtinės žalos, atsiradusios dėl paciento sveikatai padarytos žalos, atlyginimo tvarkos aprašu.

Sutinku, kad šiame prašyme ir kituose dokumentuose, kurie reikalingi mano prašymui tinkamai išnagrinėti, nurodyti mano asmens duomenys būtų tvarkomi turtinės ir neturtinės žalos dėl paciento sveikatai padarytos žalos atlyginimo tikslais.

Kartu su prašymu pateikiu:

1. (\_\_\_\_ lapų).
2. (\_\_\_\_ lapų).

\_\_\_\_\_  
(paciento ar jo atstovo parašas)

\_\_\_\_\_  
(paciento ar jo atstovo vardas ir pavardė)