

**LIETUVOS SVEIKATOS MOKSLŲ UNIVERSITETO PSICHOLOGINĖS GEROVĖS IR
SVEIKATOS MOKYMO CENTRAS**

KLIENTO SUTIKIMO DĖL SVEIKOS GYVENSENOS UGDYMO FORMA

KLIENTO

Vardas.....
Pavardė.....
Gimimo data.....
Telefono nr.....
El. paštas.....

Esu informuotas ir suprantu, kad pasikeitus šioje sutikimo formoje nurodytam mano sprendimui, turiu teisę išreikšti savo valią ir apie tai informuoti mane konsultuojantį sveikos gyvensenos ugdytoją bei naują savo sprendimą patvirtinti raštu naujoje sutikimo formoje.

1. **AŠ, KLIENTAS** (kliento atstovas), pasirašydamas šį dokumentą, patvirtinu, kad **esu supažindintas su konsultavimo sąlygomis bei privatumo pranešimu, juos supratau.**

(kliento (kliento atstovo) parašas) (supažindinusio darbuotojo vardas, pavardė, parašas) (data)

2. **AŠ, KLIENTAS** (kliento atstovas), pasirašydamas šį dokumentą, **sutinku, kad man teiktų paslaugas sveikos gyvensenos ugdytojas;** sutinku pagal galimybes specialistui suteikti visą reikalingą informaciją apie savo sveikatos būklę, nustatytas ligas, gyvenseną ir kitą efektyviam konsultavimui reikalingą informaciją.

(kliento (kliento atstovo) parašas) (supažindinusio darbuotojo vardas, pavardė, parašas) (data)

3. **AŠ, KLIENTAS** (kliento atstovas), **sutinku, kad konsultaciją mokymosi tikslais galėtų stebėti Gyvensenos medicinos studentai.**

(kliento (kliento atstovo) parašas) (supažindinusio darbuotojo vardas, pavardė, parašas) (data)