

PATVIRTINTA

Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės  
Kauno klinikų generalinio direktoriaus  
2022 m. rugsėjo 21 d. įsakymu Nr. V-(1.4E)-905  
1 priedas

**MOKAMŲ RADIOLOGINIŲ TYRIMŲ VAIZDŲ KIETŲJŲ KOPIJŲ KAINOS**

| <b>Eil. Nr.</b> | <b>Pavadinimas</b>                                               | <b>Kaina, su PVM*, Eur</b> |
|-----------------|------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| 1.              | Spausdinti rentgeno tyrimų vaizdai (43 x 35 cm dydžio nuotrauka) | 7,94                       |
| 2.              | Spausdinti rentgeno tyrimų vaizdai (25 x 20 cm dydžio nuotrauka) | 4,36                       |
| 3.              | Skaitmeniniai vaizdai (įrašomi į USB)                            | 11,16                      |
| 4.              | Skaitmeniniai vaizdai (įrašomi į DVD diską)                      | 8,59                       |

\*Pastaba: Vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. balandžio 27 d. įsakymu Nr. V-304 „Dėl brangiųjų tyrimų ir procedūrų, kurių išlaidos apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, ir jų bazinių kainų sąrašo bei brangiųjų tyrimų ir procedūrų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“, radiologinių tyrimų vaizdų kietoji kopija apmokestinama tik tuo atveju, jei **siuntimą išdavęs gydytojas nenurodo**, kad jam turi būti pateikta radiologinio tyrimo vaizdo kopija, o pacientas savo iniciatyva pageidauja ją įsigyti.

---

PATVIRTINTA

Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės  
Kauno klinikų generalinio direktoriaus  
2022 m. rugsėjo 21d. įsakymu Nr. V-(1.4E)-905  
2 priedas

(Prašymo dėl mokamų radiologinių tyrimų vaizdų kopijų suteikimo forma)

\_\_\_\_\_  
(Paciento ar paciento atstovo vardas, pavardė)

PRAŠYMAS  
DĖL MOKAMŲ RADIOLOGINIŲ TYRIMŲ VAIZDŲ KIETŲJŲ KOPIJŲ SUTEIKIMO

20 \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Prašau išduoti \_\_\_\_\_

(įrašyti paciento vardą, pavardę ir tyrimo datą)

Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninėje Kauno klinikose atlikto radiologinio tyrimo vaizdų kopijas.

Su mokamų paslaugų teikimo tvarka esu susipažinęs. Esu informuotas, kad radiologinių tyrimų vaizdų kietoji kopija apmokestinama tik tuo atveju, kai siuntimą išdavęs gydytojas nenurodo, kad jam turi būti pateikta radiologinio tyrimo vaizdo kopija. Patvirtinu, kad kopijos pageidauju savo iniciatyva ir sutinku ją apmokėti pagal nustatytą paslaugos įkainį.

| Kopijos tipas                                                       | Kopijų<br>skaičius | Įkainis (Eur / vnt.)<br>(su PVM) | Kaina (Eur)<br>(su PVM) |
|---------------------------------------------------------------------|--------------------|----------------------------------|-------------------------|
| Spausdinti rentgeno tyrimų vaizdai (43 x 35 cm<br>dydžio nuotrauka) |                    | 7,94                             |                         |
| Spausdinti rentgeno tyrimų vaizdai (25 x 20 cm<br>dydžio nuotrauka) |                    | 4,36                             |                         |
| Skaitmeniniai vaizdai (įrašomi į USB)                               |                    | 11,16                            |                         |
| Skaitmeniniai vaizdai (įrašomi į DVD diską)                         |                    | 8,59                             |                         |
| Iš viso:                                                            |                    |                                  |                         |

Pastaba: lentelę pildo prašymą priėmęs darbuotojas.

| Paciento / paciento atstovo vardas, pavardė, parašas                           | Prašymą priėmusio darbuotojo pareigos, vardas,<br>pavardė, parašas |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
|                                                                                |                                                                    |
| Paciento atstovavimą patvirtinančio dokumento pavadinimas, Nr., išdavimo data: |                                                                    |

|                                                                                  |                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| Prašomas kopijas gavau:<br>(Paciento, jo atstovo vardas, pavardė, parašas, data) | <u>Apmokėjimo žyma:</u> (pildo kasos darbuotojas)   |
|                                                                                  | Kvito / pavedimo numeris.....<br>Mokėjimo data..... |