Bērnu terapija

Zobu Feja

SIA “Villadent”

Marijas iela 16

Rīga, LV-1050

**Informētā piekrišana ārstēšanai, radioloģiskajiem un citiem izmeklējumiem**

Es, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, būdams pie pilnas apziņas, pilnvaroju

ārstu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ un viņa izraudzītos palīgus, veikt mana bērna \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zobu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ārstēšanu SIA “Villadent” klīnikā “Zobu feja” .

 Esmu iepazinies ar klīnikas cenrādi un apņemos segt visas ārstēšanas izmaksas saskaņā ar ārstēšanas plānu. Par apmaksas kārtību esmu informēts un apņemos segt visus ar mana bērna ārstēšanu saistītos izdevumus pilnā apmērā ārstēšanas dienā.

Augstāk minēto medicīnisko manipulāciju un izmeklējumu jēga un būtība man ir izskaidrota. Es apzinos augstāk minēto medicīnisko pasākumu iespējamos rezultātus, man ir izskaidrotas zobu prognozes, riska faktori un iespējamās komplikācijas. Esmu informēts, ka operācijas vai manipulācijas gaitā var būt neparedzēta operācijas atradne vai neparedzēti apstākļi, kas var izmainīt operācijas gaitu, tāpēc pilnvaroju ārstējošo ārstu mainīt iepriekš noteikto operācijas gaitu atbilstoši viņa profesionālajam slēdzienam. Piekrītu mana bērna izmeklēšanai un ārstēšanai augstāk norādītā ārsta vadībā un citu speciālistu iesaistīšanai mana bērna izmeklēšanas un ārstēšanas procesā.

Es apņemos sniegt patiesu un precīzu informāciju par sava bērna veselības stāvokli - iepriekšējām un pašreizējām slimībām, tai skaitā infekcijas saslimšanām: B Hepatīts, C Hepatīts, HIV, Tuberkuloze., agrāk un pašlaik lietotajiem medikamentiem, alerģiskām reakcijām, fizioloģisko stāvokli un citiem faktoriem kas var tieši vai netieši ietekmēt ārstniecības gaitu.

Individuālo bioloģisko faktoru rezultātā, es saprotu, ka nav absolūtas garantijas medicīnisko pasākumu veiksmīgam iznākumam iespējamo. Rekomendētā ārstēšana ir pilnībā mana brīva izvēle.

Parakstot šo informēto piekrišanu, apliecinu, ka esmu ārstējošajam ārstam sniedzis patiesas un pilnīgas ziņas par mana bērna iepriekšējām saslimšanām, medikamentu nepanesamību un citiem jautājumiem, kas var būt nozīmīgi izmeklēšanai un ārstēšanai.

Parakstot šo piekrišanu, es apliecinu, ka mans bērns regulāri apmeklē citu ārstu (vai ārstus) attiecībā uz visiem citiem veselības un ārstēšanas jautājumiem, un es apņemos pēc nepieciešamības konsultēties ar šo (šiem) ārstu (-iem) jebkuru citu medicīnisku jautājumu gadījumos. Man ir izskaidrots un es saprotu, ka ārstējošā ārsta prakse ir specializēta un ka viņš nav mans ģimenes ārsts.

Es apņemos ievērot MK noteikumu “Higiēnas prasības bērnu uzraudzības pakalpojuma sniedzējiem’’ kartību attiecībā uz bērnu ar infekcijas slimību pazīmēm

**Esmu iepazinies un apņemos ievērot iekšējās kārtības noteikumus pacientiem, kas skar Pacientu veselības aprūpi Klīnikā Zobu feja.**

**Visa augstāk minētā informācija man apspriešanas gaitā tika detalizēti izskaidrota, man bija iespēja uzdot visus mani interesējošos jautājumus saistībā ar mana bērna izmeklēšanu un ārstēšanu, uz kuriem saņēmu izsmeļošas atbildes. Vairāk jautājumu man nav. Ar savu parakstu apliecinu piekrišanu augstāk sniegtajai informācijai.**

Ārsts: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 /paraksts/ /paraksta atšifrējums/

Māsa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 /paraksts/ /paraksta atšifrējums/

Rīgā, 2020. gada \_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pacienta likumīgais pārstāvis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 /paraksts/ /paraksta atšifrējums/