NeiroMed
Ārstn. iest. kods: 001000379
G.Astras iela 8b Rīga, LV – 1082
Tālrunis: 29 222 606
astra@neiromed.lv
www.neiromed.lv

PACIENTA INFORMĒTA PIEKRIŠANA KONSULTĀCIJAI UN IZMEKLĒJUMIEM

Pacients
Vārds, uzvārds: _____

Personas kods

_____

Kontaktinformācija
Tālrunis: _____

Pārstāvis (ja piemērojams)
Vārds, uzvārds, personas kods:

_____

Es apliecinu, ka **brīvprātīgi piekrītu ārsta/medicīnas darbinieka konsultācijai un pacienta izmeklēšanai konsultācijas laikā vai izmeklējumu veikšanai**

Es piekrītu, ka konsultācijas laikā medicīnas darbinieks, izvērtējot manu veselības stāvokli, sūdzības un medicīnisko informāciju, var veikt **pacienta fizisku izmeklēšanu un citas medicīniski pamatotas diagnostiskās darbības, kas nepieciešamas konsultācijas saņemšanai.**

Man ir saprotams, ka konkrēto izmeklējumu apjomu medicīnas darbinieks nosaka konsultācijas laikā atbilstoši medicīniskajām indikācijām.

Konkrētie izmeklējumi tiek veikti pēc pacienta informēšanas par attiecīgo izmeklējumu un ar viņa piekrišanu. Šī vispārējā piekrišana neaizstāj informēšanu par konkrēto izmeklējumu.

Es izprotu, ka man ir tiesības uzdot jautājumus par plānoto izmeklēšanu un saņemt man saprotamu informāciju.

Es piekrītu izmeklējumiem un dinamiskai novērošanai, tostarp iespējamām atkārtotām konsultācijām ārstēšanas epizodes ietvaros, ja tās ir medicīniski nepieciešamas.

Ar savu parakstu apliecinu, ka piekrišanu pacienta izmeklēšanai konsultācijas laikā sniedzu brīvprātīgi.

Datums: _____

Parakstīšanas laiks: _____

Pacienta paraksts: _____