

## Pacienta piekrišana diagnostikai un ķirurģiskai vai citai ārstēšanas procedūrai

1. Es \_\_\_\_\_, personas kods: \_\_\_\_\_  
(pacienta vārds, uzvārds)

būdam pie pilnas apziņas, pilnvaroju ārstu \_\_\_\_\_  
(ārsta vārds, uzvārds)

un citu medicīnisko personālu, ko norīko ārsts, viņa (-as) tiešā vadībā vai pārraudzībā, veikt sekojošu operatīvu medicīnisku manipulāciju:

\_\_\_\_\_  
(manipulācijas nosaukums)

Atzīmēt vajadzīgo:  vispārējā anestēzijā  lokālā anestēzijā  sedācijā

2. Es pilnvaroju izdarīt alternatīvas diagnostikas un ķirurģiskas vai citas ārstēšanas procedūras, kas ir augstāk minētas, kā arī tādās manipulācijās, kuras pēc medicīnas personāla uzskatiem ir gadījuma rakstura vai nepieciešamas neatliekamai palīdzībai, pacienta veselībai un dzīvībai.

3. Augstāk minēto medicīnisko pasākumu (operāciju un/vai manipulāciju) jēga un būtība, kā arī ārstēšanas prognoze man ir izskaidrota. Es apzinos augstāk minēto medicīnisko pasākumu iespējamus rezultātus, riska faktorus un iespējamās komplikācijas. Esmu informēts (-a), ka operācijas vai manipulācijas gaitā var rasties neparedzēta klīniskā situācija, kas var izmainīt operācijas gaitu, tāpēc pilnvaroju ārstējošo ārstu mainīt iepriekš noteikto operācijas gaitu atbilstoši viņa profesionālajam slēdzienam.

4. Es piekrītu materiālu saglabāšanai, kuri varētu būt iegūti diagnostisko, ķirurģisko vai citu ārstēšanas procedūru laikā, diagnostiskiem, mācību, zinātnes, terapijas nolūkiem vai izmantošanai saskaņā ar Latvijas Republikas likumdošanu.

5. Plānotās ārstēšanas izmaksas EUR (eiro) \_\_\_\_\_  
(summa cipariem, summa vārdiem)

Esmu informēts (-a), ka plānotās ārstēšanas izmaksas var mainīties \_\_\_\_\_% robežās, un apņemos norēķināties pilnā apmērā pakalpojuma saņemšanas dienā.

6. Es saprotu, ka nav absolūtas garantijas medicīnisko pasākumu veiksmīgam iznākumam. Rekomendētā ārstēšana ir pilnībā mana brīva izvēle. Parakstot šo dokumentu, apliecinu, ka esmu ārstējošajam ārstam sniedzis patiesas un pilnīgas ziņas par iepriekšējām saslīmšanām, medikamentu un citu vielu nepanesību, citiem jautājumiem, kas var būt nozīmīgi izmeklēšanai un ārstēšanai.

7. Visa augstāk minētā informācija man tika detalizēti izskaidrota vizītes laikā. Man bija iespēja uzdot visus man interesējošus jautājumus, saistībā ar manu izmeklēšanu un ārstēšanu, uz kuriem saņēmu izsmeļošas atbildes. Vairāk jautājumu man nav. Ar savu parakstu apliecinu piekrišanu augstāk sniegtajai informācijai, ārstēšanai un ar to saistītajām izmaksām.

Ārsts: \_\_\_\_\_  
ārsta specialitāte / paraksts / atšifrējums

Piekrītu: \_\_\_\_\_  
pacienta / pacienta vecāku paraksts / atšifrējums

Aizpildīšanas datums: \_\_\_\_\_  
dd mm gg