



SIA „Rīgas Dzemdību nams”
Reģ. Nr. 40003194600

PACIENTES INFORMĒTĀ PIEKRIŠANA ĀRSTNIECĪBAI

Pacientes vārds, uzvārds _____
Personas kods vai dzimšanas datums (dd.mm.gggg.) _____
Stacionāra / ambulatorā pacienta medicīniskās kartes Nr. _____

Ar savu parakstu apliecinu, ka:

- savlaicīgi esmu saņēmusi pilnu, precīzu un visaptverošu Dzemdību nama ārstniecības personas sniegto informāciju par ārstniecības mērķi, risku un sekām un, pēc saņemtās informācijas un paskaidrojumiem, es brīvprātīgi piekrītu nepieciešamajiem izmeklējumiem, ārstniecībā izmantojamajām metodēm un iespējamām manipulācijām;
- spēju izteikt savu gribu, kā arī esmu patiesi un iespējami pilnīgi sniegusi visu būtisko informāciju par savu vai sava bērna veselības stāvokli un atbildējusi uz man uzdotajiem jautājumiem, kā arī saņēmusi atbildes uz saviem uzdotajiem jautājumiem;
- saprotu, ka atrodoties Dzemdību namā var izveidoties situācija, ka manas vai mana bērna dzīvības glābšanai vai veselības saglabāšanai var būt neatliekami nepieciešamas tādas darbības, kuras ar mani var netikt saskaņotas, bet uzsāktas pēc ārstu konsīlija slēdziena;
- esmu informēta par savām tiesībām un iespēju atteikties no ārstniecības vai tajā izmantojamās metodes, parakstot Dzemdību nama izstrādāto un apstiprināto atteikuma veidlapu.

Paciente / pacientes vai bērna likumiskais pārstāvis: _____
(paraksts, vārds, uzvārds)

Informāciju sniedza ārstniecības persona: _____
(ārstniecības personas amats, vārds, uzvārds, paraksts)

201__gada ____, plkst. _____

Pēc saņemtās informācijas un paskaidrojumiem es brīvprātīgi piekrītu:

- **operācijai:** _____
(operācijas veidu un apjomu ieraksta ārstējošais ārsts, ārsta paraksts, vārds, uzvārds)

un, nepieciešamības gadījumā, iespējamai operācijas veida un apjoma maiņai īsi pirms operācijas vai tās laikā medicīniski pamatotu iemeslu dēļ.

Paciente / pacientes vai bērna likumiskais pārstāvis: _____
(paraksts, paraksta atšifrējums, datums)

- **analgēzijas / anestēzijas veidam:** _____
(ieraksta anesteziologs, anesteziologa paraksts, vārds, uzvārds)

un, nepieciešamības gadījumā, iespējamajai metodes maiņai medicīniski pamatotu iemeslu dēļ.

Paciente / pacientes vai bērna likumiskais pārstāvis: _____
(paraksts, paraksta atšifrējums, datums)

- **asins komponentu pārliešanai:** _____
(ārstējošais ārsts, ārsta paraksts, vārds, uzvārds)

Paciente / pacientes vai bērna likumiskais pārstāvis: _____
(paraksts, paraksta atšifrējums, datums)