

ESF projekts “Atbalsts ārstniecības personām, kas nodrošina pacientu ārstēšanu sabiedrības veselības krīžu situāciju novēršanai” Nr. 9.2.7.0/21\_\_\_\_\_\_\_

**APLIECINĀJUMS PAR SPECIFISKO ZINĀŠANU, INFORMĀCIJAS UN PIEREDZES NODOŠANU:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ģimenes ārsts, kurš nodod praksi:** | |
| **Vārds, uzvārds:** |  |
| **Personas kods:** |  |
| **Tālrunis:** |  |
| **E-pasts:** |  |
| **Adrese:** |  |
| **Laika periods, kurā nodotas specifiskās zināšanas, informācija un pieredze**  **(ne īsāks kā 3 mēneši)** |  |
| Apliecinu, ka esmu izpildījis 202\_\_.gada \_\_\_\_. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Kompensācijas līguma Nr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nosacījumus, jo ne mazāk kā trīs mēnešus nodevu zināšanas, informāciju un pieredzi ģimenes ārstam, kurš pārņēma ģimenes ārsta praksi, vienlaikus esmu nodrošinājis individuālas pieredzes nodošanu, iekļaujot vismaz šādus jautājumus:   * prakses darba organizācija (finanses un grāmatvedības pamati, dokumentācija atbilstoši lietvedības kārtībai, pacientu pieraksts, darbs ar akūtajiem pacientiem, mājas vizītes, sadarbība ar citiem speciālistiem, sadarbība ar pašvaldību un sociālajiem dienestiem); * darbs komandā (funkcionālie pienākumi); * konkrētās prakses specifisko pacientu un pacientu grupu veselības aprūpe (bērnu, grūtnieču, kardiovaskulāro slimību, onkoloģisko pacientu aprūpe, paliatīvā aprūpe); * ģimenes ārsta praksē veicamās manipulācijas; * primārās veselības aprūpes kvalitātes kritēriji un to izpilde; * profilaktiskās apskates pieaugušajiem un bērniem; * valsts imunizācijas programma un kā to izpildīt; * valsts organizētā vēža skrīninga programma. | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ģimenes ārsts, kurš pārņem praksi:** | |
| **Vārds, uzvārds:** |  |
| **Personas kods:** |  |
| **Tālrunis:** |  |
| **E-pasts:** |  |
| **Adrese:** |  |
| **Laika periods, kurā saņemtas specifiskās zināšanas, informācija un pieredze**  **(ne īsāks kā 3 mēneši)** |  |
| Apliecinu, ka esmu izpildījis 202\_\_.gada \_\_\_\_. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Kompensācijas līguma Nr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nosacījumus, jo ne mazāk kā trīs mēnešus pārņēmu zināšanas, informāciju un pieredzi no ģimenes ārsta, kurš nodeva ģimenes ārsta praksi, vienlaikus esmu saņēmis individuālo pieredzi, iekļaujot vismaz šādus jautājumus:   * prakses darba organizācija (finanses un grāmatvedības pamati, dokumentācija atbilstoši lietvedības kārtībai, pacientu pieraksts, darbs ar akūtajiem pacientiem, mājas vizītes, sadarbība ar citiem speciālistiem, sadarbība ar pašvaldību un sociālajiem dienestiem); * darbs komandā (funkcionālie pienākumi); * konkrētās prakses specifisko pacientu un pacientu grupu veselības aprūpe (bērnu, grūtnieču, kardiovaskulāro slimību, onkoloģisko pacientu aprūpe, paliatīvā aprūpe); * ģimenes ārsta praksē veicamās manipulācijas; * primārās veselības aprūpes kvalitātes kritēriji un to izpilde; * profilaktiskās apskates pieaugušajiem un bērniem; * valsts imunizācijas programma un kā to izpildīt; * valsts organizētā vēža skrīninga programma. | |

|  |  |
| --- | --- |
| Ar šī apliecinājuma parakstīšanu apliecinu, ka visa sniegtā informācija ir patiesa un nepamatotu ziņu sniegšanā uzņemos pilnīgu atbildību. | Ar šī apliecinājuma parakstīšanu apliecinu, ka visa sniegtā informācija ir patiesa un nepamatotu ziņu sniegšanā uzņemos pilnīgu atbildību. |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  aizpildīšanas datums  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Pretendenta – ģimenes ārsta, kurš nodod praksi, paraksts /atšifrējum | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  aizpildīšanas datums  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Pretendenta – ģimenes ārsta, kurš pārņem praksi, paraksts /atšifrējums/ |