ESF projekts “Ārstniecības un ārstniecības atbalsta personāla pieejamības uzlabošana

ārpus Rīgas” Nr. 9.2.5.0/17/I/001

**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 tiesīgs saņemt atbalsta pasākumu kompensāciju ģimenes ārsta prakses pārņemšanai par specifisko zināšanu, informācijas un pieredzes nodošanu, jo esmu nodevis informāciju un apmācījis jauno ģimenes ārstu, vienlaikus 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 tiesīgs saņemt atbalsta pasākumu kompensāciju ģimenes ārsta prakses pārņemšanai par specifisko zināšanu, informācijas un pieredzes nodošanu, jo esmu saņēmis informāciju un esmu apmācīts, vienlaikus saņemot 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 /atšifrējums/\* | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_aizpildīšanas datums\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Pretendenta – ģimenes ārsta, kurš pārņem praksi, paraksts /atšifrējums/\* |