

**PACIENTA INFORMĒTĀ PIEKRIŠANA OPERĀCIJAI/ MANIPULĀCIJAI**

Pacients _____ (vārds, uzvārds) _____ (personas kods)

(vai pacienta numurs¹)

(likumiskā pārstāvja vārds, uzvārds) _____ (personas kods)

Rekomendētās operācijas/ manipulācijas nosaukums

Operācijas/ manipulācijas puse (apvilkt): labā / kreisā / nav piemērojams

ĀRSTS

Apliecinu, ka esmu izskaidrojusi/-is operācijas/manipulācijas būtību, prognozētos ieguvumus, iespējamus riskus un komplikācijas, t.sk., ja operāciju/manipulāciju neveic, iespējamās alternatīvas rekomendētajai operācijai/manipulācijai, iespējamās papildu manipulācijas, kuru nepieciešamība varētu rasties konkrētās ārstniecības laikā

Ārsts _____
(specialitāte/amats, paraksts, paraksta atšifrējums)

Datums _____ un laiks _____.

PACIENTS

Apliecinu, ka esmu saņēmusi/-is skaidrojumus un sapratusi/-is slimības būtību, veicamās operācijas/manipulācijas nepieciešamību, izskaidrojumu par paredzamo operācijas/ manipulācijas apjomu un ar to saistītajiem riskiem, kā arī iespējamām komplikācijām un sekām. Saprotu, ka operācijas/manipulācijas laikā ārstam bez manas piekrišanas ir tiesības veikt iepriekš neplānotas izmaiņas vai papildu procedūras, ja būs nepieciešamība sniegt neatliekamo medicīnisko palīdzību vai, ja neveikto papildu procedūru dēļ var rasties nesalīdzināmi lielāks kaitējums manai veselībai.

Man bija iespēja uzdot jautājumus, esmu apmierināta(-s) ar atbildēm uz tiem un **paredzētajai operācijai/ manipulācijai PIEKRĪTU.**

Esmu informēts/-a, ka dienā, kad tiks veikta operācija, nedrīkst vadīt transporta līdzekli.

Esmu informēts/-a, ka man ir tiesības atteikties no dotās piekrišanas.

Piezīmes (ja nepieciešams):

Pacients/likumiskais pārstāvis _____
(paraksts, paraksta atšifrējums)

Datums _____ un laiks _____.

¹ Pacientiem, kuriem nav piešķirts LR personas kods