

PACIENTA PIEKRIŠANA IZMEKLĒŠANAI UN ĀRSTĒŠANAI PIE STUDENTIEM

Šī veidlapa ir paredzēta pacientiem, kuri apmeklē Zobārstniecības fakultātes Studentu klīnikā, tā sastādīta uz divām (2) lapām. Pateicamies Jums, ka izvēlējāties ārstēties pie mūsu studentiem, jo Jūsu uzticība dod iespēju praktizēt un apgūt prasmes, kas ir būtiskas zobārsta un zobu higiēnista profesionālās kvalifikācijas iegūšanai!

Vizītes norise

- Pacientu pieņemšana RSU Zobārstniecības fakultātes Studentu klīnikā notiek pēc noteikta nodarbību grafika attiecīgās studiju programmas docētāju (sertificēta zobārsta vai kvalificēta zobu higiēnista) uzraudzībā. Jūsu pienākums ir ievērot studenta noteikto vizītes laiku saskaņā ar attiecīgās grupas nodarbību grafiku.
- Studenti veic tikai pamatprocedūras un ārstēšana studentu klīnikā var būt laikietilpīga. Vienas vizītes ilgums var sasniegt 3 stundas.
- Jebkādas ārstnieciskas manipulācijas tiek veiktas tikai pēc precīzas diagnozes noteikšanas. Tas nozīmē, ka vispirms Jums tiks lūgts sniegt pilnīgu informāciju par vispārējo veselības stāvokli, tiks detalizēti izmeklēti mutes dobums un nepieciešamības gadījumā tiks veikti radioloģiski izmeklējumi. Izmeklēšana un diagnostika atkarībā no Jūsu problēmas specifikas un konkrētā studiju kursa prasībām var aizņemt visu pirmās vizītes laiku (līdz 3 stundām), neveicot nekādas ārstnieciskas manipulācijas (neattiecas uz akūtās palīdzības sniegšanu). Jūsu ārstēšanās Studentu klīnikā var prasīt vairāk nekā vienu apmeklējumu.

Studējošo kompetence

Jums tiks sniegta palīdzība studējošo kompetences ietvaros, veicot tikai vienkāršas pamatprocedūras. Katra pacienta atbilstību studējošo kompetencei izvērtē nodarbības vadītājs saskaņā ar attiecīgā studiju kursa noteiktajiem gadījumu atlases kritērijiem. Tas nozīmē, ka Jums pēc sākotnējās izmeklēšanas var tikt atteikta ārstēšana Studentu klīnikā un rekomendēti tālākie soļi palīdzības saņemšanai pie kvalificētiem speciālistiem. Lūdzu ņemiet vērā, ka medicīniskajiem pakalpojumiem, tai skaitā zobārstniecībā, netiek sniegta garantija un ir iespējamās komplikācijas pēc jebkuras manipulācijas veikšanas, par ko Jūs saņemsiet informāciju ārstēšanas gaitā.

Studējošo kompetencē **neietilpst**:

- sarežģītu zobu atjaunošana ar plombēšanu;
- sarežģīta sakņu kanālu ārstēšana;
- sarežģīta periodontālā ārstēšana;
- sarežģīta protezēšana;
- medicīnisko izziņu izsniegšana.

Pakalpojumu apmaksas kārtība

Zobārstniecības pakalpojumi Stomatoloģijas Studentu klīnikā tiek sniegti par samaksu saskaņā ar cenrādi un sastāda atlaidi % no pilnas cenas par kvalificēta zobārstniecības speciālista pakalpojumu. Jūsu pienākums ir norēķināties kasē pēc katras vizītes, apmaksājot rēķinā norādīto summu. Ja tiek uzsākti protezēšanas darbi, pacients veic 50% priekšapmaksu no pilnas darba summas. Atlikusī summa jānomaksā pirms darba saņemšanas.

SVARĪGI: Pacienta individuālās adaptācijas grūtības protezēšanas darbiem, kas veikti studentu apmācības procesā, nav uzskatāmas par pamatu samaksas atmaksai.

Jums var tikt atteikta turpmākā ārstēšana Studentu klīnikā:

- ja atsakāties no pilnīgas izmeklēšanas pirms ārstēšanas;
- ja neesat ieradies uz nozīmēto vizīti bez pamatota iemesla divas reizes;
- ja neesat apmaksājis pakalpojumus par iepriekšējām vizītēm;
- ja pārkāpjat šajā dokumentā apstiprināto vienošanos.

Apstiprinājums:

Es, _____,
/vārds, uzvārds/

personas kods: _____, būdams/a pie pilnas apziņas, no brīvas gribas pilnvaroju Rīgas Stradiņa universitātes studējošo un docētāju veikt ārstēšanu RSU Stomatoloģijas institūta Studentu klīnikā atbilstoši indikācijām.

Es apliecinu, ka:

☐ esmu sniedzis/-usi patiesu un pilnīgu informāciju par savām iepriekšējām slimībām, medikamentu nepanesību un citiem būtiskiem veselības stāvokļa aspektiem, kas var ietekmēt izmeklēšanu un ārstēšanu.

☐ visa augstāk minētā informācija man apspriešanas gaitā tika detalizēti izskaidrota, man bija iespēja uzdot visus mani interesējošos jautājumus saistībā ar manu izmeklēšanu un ārstēšanu, uz kuriem saņēmu izsmelto atbildi.

☐ piekrītu apmaksas kārtībai un apzinu, ka pakalpojuma neapmaksāšanas gadījumā mani dati var tikt nodoti trešajām personām parāda piedziņai.

Ar savu parakstu apliecinu, ka esmu iepazinies/a ar visu iepriekš minēto informāciju, pilnībā saprotu izmeklēšanas un ārstēšanas būtību, kā arī apstiprinu ar to saistīto izmaksu segšanu.

Apspriešanās un informētās piekrišanas parakstīšanas laikā klāt bija:

Studējošais/ā: _____ / _____ /
/paraksts/ /paraksta atšifrējums/

Docētājs/a: _____ / _____ /
/paraksts/ /paraksta atšifrējums/

Pacients/e; _____ / _____ /
/paraksts/ /paraksta atšifrējums/

Datums: 20____. gada ____.