*2.pielikums*

*līgumam par sekundārās ambulatorās*

*veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu*

**Ārstniecības personu saraksts un darba grafiks**

1. **Ārstniecības iestādes nosaukums:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
2. **Ārstniecības iestādes kods:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
3. **Kontaktinformācija saziņai ar pacientiem\*:**
	1. **tālruņa numurs: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;**
	2. **elektroniskā pasta adrese: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;\*\***
	3. **mājas lapas adrese: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.\*\***

**\*** *ja ārstniecības iestāde darbojas vairākās adresēs vai ārstniecības iestādē ir vairāki tālruņa numuri saziņai ar pacientiem, tad informāciju norāda par katru adresi un atsevišķu pakalpojumu veidu, veidojot attiecīgus apakšpunktus (3.1.1, 3.1.2, …) un norādot konkrētai adresei un pakalpojuma veidam, kurš tiek nodrošināts konkrētajā adresē, atbilstošo tālruņa numuru.*

**\*\****apakšpunkts nav obligāti aizpildāms.*

1. **Ārstniecības personu saraksts un darba grafiks:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr.****p.k.** | **Ārstniecības personas identifikators**  | **Vārds** | **Uzvārds** | **Specialitātes kods** | **Pieņemšanas laiks valsts apmaksātajiem veselības aprūpes pakalpojumiem** | **Sniedz pakalpojumus dienas stacionārā** **(+ vai -)** | **Sniedz pakalpojumus steidzamās medicīniskās palīdzības punktā vai uzņemšanas nodaļā\*\*\*** **(+ vai -)** | **Tiesības izrakstīt kompensējamos medikamentus** **(+ vai -)** | **Tiesības nosūtīt valsts apmaksāto pakalpojumu saņemšanai****(+ vai -)** |
| **Pr** | **O** | **T** | **C** | **Pk** | **S** |
| 4.1. Pakalpojumu sniegšanas adrese: |
| 4.1.1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.1.2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.2. Pakalpojumu sniegšanas adrese: |
| 4.2.1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.2.2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

***\*\*\*****aizpilda, ja ārstniecības iestādē ir steidzamās medicīniskās palīdzības punkts vai uzņemšanas nodaļa.*

1. **DIENESTAM ir tiesības šajā pielikumā norādīto informāciju izmantot pacientu informēšanai, ievietojot to savā interneta mājas lapā.**
2. **Informācija par steidzamās medicīniskās palīdzības punkta pakalpojumu apjomu** (ja IZPILDĪTĀJS nodrošina šī pakalpojuma sniegšanu)**:**
	1. kontaktinformācija saziņai ar pacientiem tālruņa numurs: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
	2. steidzamās medicīniskās palīdzības punkts nodrošina:\*

|  |  |
| --- | --- |
| ***pakalpojuma veids*** | ***darba laiks*** |
| ***pirmdien*** | ***otrdien*** | ***trešdien*** | ***ceturtdien*** | ***piektdien*** | ***sestdien*** | ***svētdien*** |
| **6.2.1.  diagnostiskie izmeklējumi:** |   |   |   |   |   |   |   |
| 6.2.1.1. laboratoriskie |   |   |   |   |   |   |   |
| 6.2.1.2. rentgenoloģiskie |   |   |   |   |   |   |   |
| 6.2.1.3. ... |  |  |  |  |  |  |  |
| **6.2.2.  speciālistu konsultācijas:** |   |   |   |   |   |   |   |
| 6.2.2.2.ķirurga |   |   |   |   |   |   |   |
| 6.2.2.3.traumatologa |   |   |   |   |   |   |   |
| 6.2.2.4. internista |   |   |   |   |   |   |   |
| 6.2.2.5. anesteziologa |   |   |   |   |   |   |   |
| 6.2.2.6. ... |  |  |  |  |  |  |  |

*\* tabulu var papildināt vai samazināt pēc vajadzības, lai parādītu nepārprotamu ārstniecības iestādes pakalpojumu klāstu, kas tiek nodrošināts steidzamās medicīniskās palīdzības punktā.*

* 1. IZPILDĪTĀJS apliecina, ka steidzamās medicīniskās palīdzības punktā ir/ nav (atzīmēt atbilstošo) pieejama intensīvās terapijas gulta;
	2. IZPILDĪTĀJS apliecina, ka steidzamās medicīniskās palīdzības punktā ir/ nav (atzīmēt *atbilstošo)* pieejami asins preparāti.
1. **Fiksētā ikmēneša maksājuma aprēķins ārstu speciālistu kabinetiem un struktūrvienībām.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Kabineta nosaukums | Ārstniecības personāls | Ārstniecības personas vārds, uzvārds | Specialitāte (kods; nosaukums) | Pakalpojuma sniegšanas vietas adrese | Pieņemšanas laiks valsts apmaksātajiem veselības aprūpes pakalpojumiem | Slodze (pieņemšanas stundu skaits nedēļā) | Ārstniecības personas darba stundu skaits nedēļā (pieņemšanas stundu skaits +darba stundu skaits kabinetā, kad netiek nodrošināta pieņemšana) |
| Pr | O | T | C | Pk | **S** | **Sv** |
| *1.* | *2.* | *3.* | *4.* | *5.* | *6.* | *7.* | *8.* |
| Pneimonologa kabinets\* | ārsts |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| māsa |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Diabētiskās pēdas aprūpes kabinets | podologs |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| Paliatīvās aprūpes kabinets | ārsts |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| māsa |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Hronisku obstruktīvu plaušu slimību kabinets  | ārsts |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| māsa |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| Steidzamās medicīniskās palīdzības punkts | ārsts |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| māsa |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| Stomas kabinets | māsa |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| Psihologa kabinets | ārsts |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| Metadona aizvietojošās terapijas kabinets | māsa |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| Diabēta apmācības kabinets | ārsts |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| māsa |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Cistiskās fibrozes kabinets | ārsts |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| māsa |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Dietologa kabinets  | ārsts |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| māsa |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

\* ne retāk kā reizi ceturksnī nodrošina zupas virtuves apmeklētāju krēpu savākšanu un to izmeklēšanu; nosūtījumā uz laboratoriju norāda pacienta grupu "ZV- Zupas virtuves apmeklētājs”. Pozitīvas laboratoriskās atrades gadījumā veic pacienta meklēšanu un nodrošina tālāko izmeklēšanu. Zupas virtuves nosaukums un adrese:

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. **IZPILDĪTĀJS sniedz Covid-19 vakcinācijas pakalpojumus** (ja IZPILDĪTĀJS nodrošina šī pakalpojuma sniegšanu)**:**
	1. vakcinācijas kabinetos:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nr.p.k. | Pakalpojumu sniegšanas vietas adrese | Tālrunis pierakstam | Darba laiks pieraksta veikšanai | Elektroniska pieteikuma vietne | Atbildīgā kontaktpersona(vārds, uzvārds, tālruņa nr., e-pasts) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

* 1. mobilās vakcinācijas izbraukumos:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nr.p.k. | Tālrunis mobilā brigādes pakalpojuma pieteikšanai | Darba laiks pieraksta veikšanai | Elektroniska pieteikuma vietne | Atbildīgā kontaktpersona (vārds, uzvārds, tālruņa nr., e-pasts) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. **Ambulatorās psihoterapeitiskās un/vai psiholoģiskās palīdzības pakalpojumu sniedzēju kontaktinformācija saziņai ar pacientiem** (ja IZPILDĪTĀJS nodrošina šī pakalpojuma sniegšanu)**:**

**9.1.tālruņa numurs : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;\***

**9.2. elektroniskā pasta adrese: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;\*\***

**9.3. platformas, ko izmanto attālināto konsultāciju sniegšanai: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;**

**9.4. mājas lapas adrese: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.\*\***

1. **Ambulatorās psihoterapeitiskās un/vai psiholoģiskās palīdzības pakalpojumu sniedzēju saraksts un darba grafiks:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nr.p.k.** | **Pakalpojumu sniedzēja** | **Pieņemšanas laiks valsts apmaksātajiem veselības aprūpes pakalpojumiem** |
| **Vārds** | **Uzvārds** | **Specialitātes kods (ja tāds ir|)** | ***pirmdien*** | ***otrdien*** | ***trešdien*** | ***ceturtdien*** | ***piektdien*** |
| **10.1.Pakalpojumu sniegšanas adrese:** |  |  |  |
| **10.1.1** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **10.1.2** |  |  |  |  |  |  |  |  |

**\*** *ja iestāde darbojas vairākās adresēs vai iestādē ir vairāki tālruņa numuri saziņai ar pacientiem, tad informāciju norāda par katru adresi un atsevišķu pakalpojumu veidu, veidojot attiecīgus apakšpunktus (8.1.1, 8.1.2, …) un norādot konkrētai adresei un pakalpojuma veidam, kurš tiek nodrošināts konkrētajā adresē, atbilstošo tālruņa numuru.*

 **\*\*** *apakšpunkts nav obligāti aizpildāms*

Datums \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Iestādes vadītāja paraksts \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_