

PIEKRIŠANAS APLIECINĀJUMS

Datums

Nr. _____

Vārds Uzvārds:	
Personas kods:	
e-pasta adrese:	

1. Piekrītu, ka Slimnīcas aprēķins, ar maniem datiem par saņemtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, tiek nosūtīts uz manis norādīto e-pasta adresi gadījumos, ja Slimnīcas aprēķins nav izsniegts izrakstīšanas dienā, vai aprēķina dati tiek precizēti.

Piekrītu Nepiekrītu

2. Piekrītu, ka nepieciešamības gadījumā Slimnīca vai Slimnīcas sadarbības iestāde var sazināties ar mani pa manis norādīto kontakta tālruni vai e-pastu, lai sniegtu aktuālo informāciju par konsultācijām ar Slimnīcas speciālistiem vai par izmeklējumiem u.tml., tai skaitā veikt aptauju, sniegto pakalpojumu uzlabošanas nolūkā (saiti uz aptaujas anketu nosūtīs Slimību profilakses un kontroles centrs).

Piekrītu Nepiekrītu

3. Piekrītu, ka mani dati par saņemto medicīnas pakalpojumu tiek nosūtīti uz VID elektronisko deklarēšanās sistēmu, iesniegšanu ikgadējai deklarācijai, lai atgūtu pārmaksāto iedzīvotāju ienākuma nodokļa daļu.

Piekrītu Nepiekrītu

4. Piekrītu, ka mani personas dati un klīniskās apmācības procesā iegūtā informācija tiek izmantoti akadēmiskos pētījumos, bet klīnisko analīžu paraugi un/vai pēcooperācijas atlieku materiāli tiek nodoti izmantošanai medicīnas studijām vai pētniecībai.

Piekrītu Nepiekrītu

Esmu informēts, ka jebkurā brīdī varu atsaukt "Apliecinājumu veidlapā" sniegtās piekrišanas, iesniedzot Slimnīcai rakstisku paziņojumu par katru piekrišanu, no kuras vēlos atteikties.

PARAKSTS



Sabiedrība ar ierobežotu atbildību

“CĒSU KLĪNIKA”

Reģ.Nr. LV 44103057729, Slimnīcas iela 9, Cēsis, Cēsu novads, LV-4101

tālr. 64125730, 64125895, fakss 64125785

e-pasts: info@cesuklinika.lv

www.cesuklinika.lv

Informējam, ka SIA **“Cēsu klīnika”** sadarbībā ar **Slimību profilakses un kontroles centru**, uzsāka pacientu aptauju par pacientu pieredzi par saņemtiem veselības aprūpes pakalpojumiem, lai sekotu pacientu atsauksmēm, noskaidrotu pacientu prioritātes un stiprinātu uz pacientu vērstu veselības aprūpi.

Aptaujas anketu saņemšana un aizpildīšana ir brīvprātīga.

Es, _____, personas kods _____,

(vārds, uzvārds)

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

piekrīti

nepiekrītu

manu / personu, kurām esmu likumiskais pārstāvis, (vajadzīgo pasvītrot) personas datu apstrādei, lai saņemtu informāciju/uzaicinājumu aizpildīt pacienta aptaujas anketu par pacienta pieredzi saistībā ar saņemtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem.

Aptaujas anketu piekrītu saņemt uz šādu elektroniskā pasta adresi:

_____.

_____ 2022.

(paraksts)

SIA "Jelgavas pilsētas slimnīca"

Pacienta piekrišana dalībai aptaujā

datums

Ar šo es, (vārds, uzvārds),
(personas kods) piekrītu, saņemt saiti uz elektroniskas aptaujas anketu par manu pieredzi par saņemtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, uzturoties Jelgavas pilsētas slimnīcā uz

tel.nr. vai e-pasta adresi

Aptaujas anketu Jūs saņemsiet no Slimību profilakses un kontroles centra (SPKC) PREM platformas, kas ir pacientu pieredzes aptaujas iniciators un pārvaldītājs Latvijā. Mūsu slimnīca Jūsu sniegto atsaukumi saņems no SPKC anonimizētu, t.i., bez iespējas identificēt Jūs kā personu.

Jūsu pieredze slimnīcā sniegs mums iespēju novērtēt slimnīcas sniegtos veselības aprūpes pakalpojumus no pacienta puses, ieraudzīt un uzlabot ar ārstēšanas kvalitāti saistītos jautājumus, kā arī novērst ar pacientu drošību saistītus riskus.

Pacientu pieredzes aptauja aptver plašu jautājumu loku, lai pēc iespējas labāk izprastu Jūsu viedokli, tādēļ lūdzam aizpildīt visu aptauju. Tas varētu aizņemt apmēram 15-20 minūtes Jūsu laika. Ja nepieciešams, lūdziet palīgā tuviniekus aptaujas aizpildīšanai elektroniski. Ja nebūsi aptaujas anketu aizpildījis 30 dienu laikā pēc izrakstīšanās no slimnīcas, Jūsu dati no PREM platformas tiks dzēsti (atbilstoši datu apstrādes noteikumiem). Ar SIA "Jelgavas pilsētas slimnīca" veikto datu apstrādi varat iepazīties Datu privātuma politikā, kas ir publicēta tīmekļa vietnē <https://jpslimnica.lv/privatuma-politika/>

.....
Paraksts

.....
vārds, uzvārds