*4.pielikums*

*līgumam par primārās veselības*

*aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu*

**Ārstniecības personas, pamatdarbības teritorija ārstniecības iestādes darba laiks un Nacionālā veselības dienesta mājas lapā publiskojamā prakses informācija**

1. **Ārstniecības iestādes nosaukums: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
2. **Ārstniecības iestādes kods: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
3. **Ārstniecības iestādes pakalpojumu sniegšanas adrese/s (tai skaitā papildus prakses vieta/s):**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **Kontaktinformācija saziņai ar pacientiem\*:**

4.1.tālruņa numurs: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

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

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

*\** *ja ārstniecības iestādei ir vairākas prakses vietas, tad informāciju norāda par katru prakses vietu, veidojot apakšpunktus (4.1.1, 4.1.2, 4.1….) un norāda katras prakses vietas adresi un tālruņa numuru (ja katrā praksē pieņem cits ģimenes ārsts, norāda arī atbilstošo ģimenes ārstu).*

*\*\* nav obligāti aizpildāms.*

1. **Ārstniecības personu saraksts, pamatdarbības teritorija:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr.****p.k.\*\*\*** | **Specialitātes kods** | **Ārstniecības personas vārds, uzvārds** | ***Ārstniecības personas identifikators*** | **Pamatdarbības** **teritorija** |
| 5.1. |  |
| 5.1.1. |  |  |  |  |
| 5.1.2. |  |  |  |
| 5.2. |  |
| 5.2.1. |  |  |  |  |
| 5.2.2. |  |  |  |

*\*\*\* ja ārstniecības iestādē (praksē) ir tikai viens ārsts, tad ārstniecības personas numurē 5.1., 5.2., 5.3. utt., bet ja ārstniecības iestādē ir vairāki ģimenes ārsti, tad numerāciju veido kā tabulā norādīts.*

1. **Darba un pieņemšanas laiks ārstniecības iestādē: *\*\*\*\****

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr.****p.k.** | **Prakses pieejamība** | **Ārstniecības personas vārds, uzvārds** | Pirmdiena | Otrdiena | Trešdiena | Ceturtdiena | Piektdiena | Sestdiena | **Stundu skaits nedēļā** |
| **6.1. Prakses vietas adrese (ja ir vairākas pieņemšanas vietas) vai**  **ģimenes ārsta vārds un uzvārds (ja ārstniecības iestādē kā darba ņēmēji ir vairāki ģimenes ārsti)** |
| 6.1.1. | Ārsta pacientu pieņemšanas laiks |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6.1.2. | Māsas patstāvīgais pacientu pieņemšanas laiks, *ja tiek finansēta otrā prakses māsa*  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6.1.3. | Prakses darba laiks *tikai pamatprakses vietā* |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6.2. Prakses vietas adrese (ja ir vairākas pieņemšanas vietas) vai**  **ģimenes ārsta vārds un uzvārds (ja ārstniecības iestādē kā darba ņēmēji ir vairāki ģimenes ārsti)**  |
| 6.2.1. | Ārsta pacientu pieņemšanas laiks |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 6.2.2. | Māsas patstāvīgais pacientu pieņemšanas laiks, *ja tiek finansēta otrā prakses māsa*  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6.2.3. | Prakses darba laiks *tikai pamatprakses vietā* |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |

1. **Izbraukuma pieņemšanu grafiks ģimenes ārsta darbības pamatteritorijā izvietotajā feldšerpunktā***\*\*\*\**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Feldšerpunkta nosaukums un adrese** | **Ārstniecības personas vārds, uzvārds** | Pirmdiena | Otrdiena | Trešdiena | Ceturtdiena | Piektdiena | Sestdiena | **Stundu skaits nedēļā** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*\*\*\*\* tabulu var papildināt vai samazināt pēc vajadzības, lai parādītu nepārprotamu ārstniecības iestādes darba laiku, ņemot vērā – gan ģimenes ārstu un to māsu un palīgu skaitu, gan pieņemšanas vietu skaitu.*

1. DIENESTAM ir tiesības šī pielikuma 4.punktā minēto informāciju izmantot pacientu informēšanai, ievietojot to savā interneta mājas lapā. 7.punktā minētā informācija netiek publicēta DIENESTA mājas lapā.
2. Elektroniskā pasta adrese, uz kuru IZPILDĪTĀJS tiek informēts par neatliekamās medicīniskās palīdzības brigādes izbraukumu pie ģimenes ārsta pacientu sarakstā reģistrētas personas, ja pacients nav stacionēts: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
3. DIENESTAM ir tiesības šī pielikuma 9.punktā minēto informāciju nodot Veselības inspekcijai Ārstniecības iestāžu reģistra un Ārstniecības personu reģistra datu papildināšanai. Ja šī pielikuma 9.punktā minētā informācija mainās, IZPILDĪTAJAM ir pienākums to nekavējoties nodot gan attiecīgajai DIENESTA teritoriālajai nodaļai, gan Veselības inspekcijai Ārstniecības iestāžu reģistra un Ārstniecības personu reģistra datu papildināšanai uz elektroniskā pasta adresi registri@vi.gov.lv, šādā gadījumā Līgums netiek grozīts.
4. **Ārstniecības iestādē nodarbinātās personas, kurām ģimenes ārsts ir uzdevis pienākumu noformēt receptes:**

|  |
| --- |
| **Ārstniecības personas vārds, uzvārds** |
|  |

**DIENESTS IZPILDĪTĀJS**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**