**Sertificējamās/resertificējamās ārstniecības personas profesionālās darbības pārskats**

Vārds, Uzvārds:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Personas kods:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ārstniecības personas identifikators\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Specialitāte:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pārskata periods:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Darbavieta:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Amats:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Profesionālās darbības pārskatā jāatspoguļo:**

1. Profesionālās darbības ietvaros ārstētās pacientu/klientu grupas.
2. Darba apjoms un veids (pacientu skaits; darbs ambulatorā vai stacionārā iestādē; mājas aprūpē; rehabiltācijas iestādē; izglītības, sporta iestādē; sociālās aprūpes centrā; dalība pedagoģiskajā un/vai zinātniskajā darbībā; organizatoriskā un uzņēmējdarbības pieredze u.c.).
3. Pielietotās fizikālās medicīnas un masāžas teholoģijas.
4. Profesionālās darbības pašvērtējums (kvalitātes vērtēšanas kritēriji, ārstēšanas rezultātu izvērtējums, dokumentācija, kas atspoguļo pacienta novērtējumu, pacientu plānošana, darba organizēšana un realizēšana, pacientu izglītošana, uz pierādījumiem balstīta prakse, tālākizglītība, u.c.).
5. Profesionālās ētikas un saskarsmes kultūras ievērošana. Normatīvo aktu ievērošana.
6. Ieteikumi un ierosinājumi specialitātes un ārstniecības metodes tālākattīstībā.

Sertificējamās/resertificējamās ārstniecības personas

paraksts un paraksta atšifrējums: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datums: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Apstiprinu augstākminēto profesionālās darbības pārskatu[[1]](#footnote-1):**

Vārds, uzvārds: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Paraksts: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datums: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Amats: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Darbavietas nosaukums, zīmogs: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Skaidrojumi - apstiprina darba devējs vai ārstniecības persona, kuras vadībā vai uzraudzībā strādājusi sertificējamā/resertificējamā ārstniecības persona. [↑](#footnote-ref-1)