|  |  |
| --- | --- |
|  | Sabiedrība ar ierobežotu atbildību "GKMed"Reģistrācijas numurs 40103603725Ārstn. iest. kods: 0100 –01517Juridiskā adrese Skeletona iela 6 - 2, Rīga, LV-1024 Faktiskā adrese Brīvības gatve 410, Rīga, LV – 1024Tālrunis: 67745557; 20628977info@gkneiroklinika.lvwww.gkneiroklinika.lv |

**Informēta pacienta piekrišana**

**Pacients** (vārds, uzvārds, personas kods):

**Pacienta māte/tēvs vai cits likumiskais pārstāvis** (vārds, uzvārds, personas kods):

**Pacienta svars: Pacienta vecums:**

**Pielietotais medikaments un deva:**

- Piekrītu EEG (elektroencefalogrāfijas) izmeklējumam, kura norisi man izskaidrojis/ -usi ārsts/medicīnas māsa.

- Es saprotu informāciju, kas man tika dota/stāstīta par izmeklējumu.Izmeklējuma gaita un blakus parādības ir izskaidrotas.

- Esmu informēts(-a), ka EEG (elektroencefalogrāfijas) izmeklējuma laikā atbilstoši izmeklējuma tehnoloģijai veicams pacienta videoieraksts.

- Ar GK Neiroklīnikas datu apstrādes politiku, kas pieejama: [www.gkneiroklinika.lv](http://www.gkneiroklinika.lv), esmu iepazinies(-usies).

- Visa Jūsu sniegtā informācija ir konfidenciāla un netiks izplatīta ārpus iestādes. Sensitīvie (veselības) personas dati tiks izmantota tikai ārstniecības vajadzībām.

Pacienta vārds, uzvārds vaipacienta mātes/tēva vārds, uzvārds vai cita likumiskā pārstāvja vārds,uzvārds un paraksts (pacientiem no 14 gadu vecuma)**:**

Medicīnas māsas paraksts**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Izmeklējuma datums**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**