3. pielikums
Ministru kabineta

2015. gada

noteikumiem Nr.

**Klienta aptaujas veidlapa**

Ja Jums ir diagnosticēta kāda no šīm slimībām, par pakalpojuma sniegšanas iespējamību, lūdzu, konsultējieties ar ārstu speciālistu.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * hemofilija
* epilepsija
* infekcijas slimības
* astma
 | * ekzēma/psoriāze
* herpes
* asins recēšanas traucējumi
 | * diabēts
* tuberkuloze
* sirds slimības
 |

Lūdzu, norādiet, ja:

Jums ir alerģija (no lateksa, kosmētikas līdzekļiem, plāksteriem, rotaslietu materiāliem­­­­­­­­­ u. c.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

iepriekš ir bijušas komplikācijas, veicot līdzīgas procedūras (tetovēšana, pīrsings u. c.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

lietojat medikamentus (antibiotikas, pretvīrusu līdzekļus, kortikosteroīdus u. c.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Jums bieži ir galvas reiboņi, ģībšana

esat grūtniece vai barojat bērnu ar krūti

Jums ir citas problēmas, kas attiektos uz šī pakalpojuma saņemšanu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lūdzu, aplieciniet:

Man ir 18 gadu

Man vēl nav 18 gadu. Mani vecāki (viens no vecākiem, likumiskais pārstāvis) ir piekriuši procedūras veikšanai

Man ir sniegta informācija par procedūru, izmantotajiem materiāliem, iespējamajām komplikācijām

Es apņemos ievērot drošības prasības, lai mazinātu iespējamos komplikāciju riskus

Es piekrītu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pakalpojuma saņemšanai

(pakalpojuma veids)

Mana sniegtā informācija ir patiesa

Veselības ministra vietā –

zemkopības ministrs Jānis Dūklavs