

## Resertificējamās personas profesionālās darbības pārskats

Vārds, Uzvārds:

Profesionālā kvalifikācija: optometrista kvalifikācija, dabaszinātņu maģistra grāds optometrijā

Pārskata periods: Atbilstoši sertifikāta derīguma termiņam un darba līgumam konkrētajā darba vietā.

Ja sertifikāts iegūts 01.07.2015., bet darba attiecības sāktas vēlāk, piemēram, 30.11.2017, tad jāraksta “**30.11.2017- .... ( kad beigtas darba attiecības)**”.

Ja darba attiecības sāktas pirms konkrētā sertifikāta iegūšanas, piemēram, 15.06.2010, tad jāraksta sertifikāta iegūšanas laiks “**01.07.2015- .... (laiks, kad beigtas darba attiecības)**”.

Darba vieta:

Amats:

Darba apjoma, intensitātes un kvalitātes apraksts <sup>1</sup>

Aizpilda pati resertificējamā ārstniecības persona. Aprakstā **ISI** nostrādāto dienu skaitu nedēļā, vizīšu skaitu dienā, kādas darbības un pienākumus veic konkrētajā darba vietā. Ja ir bijuši gari pārtraukumi (bērna kopšanas atvaļinājums, ilgstošas mācības ārzemēs, utt), bet darba attiecības saglabājās, tad jānorāda pārtraukuma periods. Vai strādā kvalitatīvi/pavirši?

Aili paplašināt atbilstoši nepieciešamībai

Profesionālās darbības apraksts atbilstoši kompetencei specialitātē <sup>1</sup>  
(ārstniecības/diagnostikas jomā, pacienta izglītošanas jomā, profesionālās izglītības jomā, pacientu aprūpes plānošanas jomā, aprūpes darba vadīšanā)

Aizpilda pati resertificējamā ārstniecības persona. Aprakstā **ISI**, kādas darbības ietilpst ikdienas pienākumos (piemēram, refrakcijas noteikšana, binokulāro funkciju izmeklēšana biomikroskopija, oftalmoskopija), kādas diagnostikas metodes vēl tiek izmantotas (redzes lauks, OCT, utt), vai piemeklē kontaktlēcas (mīkstās, cietās, utt), kādas vecuma grupas pacientus pieņem (bērņus no 6 gadiem, pieaugušos), vai izglīto pacientus par redzes jautājumiem, vai nosūta pie acu ārsta, vai turpina tālākizglītību, vai apmāca jaunus kolēģus.

Aili paplašināt atbilstoši nepieciešamībai

Resertificējamās personas paraksts:

Paraksta atšifrējums:

Datums: **23.08.2021.** (sākumā paraksta resertificējamā persona)- piemērs.

**Apstiprinu augstākminēto profesionālās darbības pārskatu<sup>2</sup>:**

Vārds, Uzvārds:

Amats:

Paraksts:

Datums: **24.08.2021.** (pēc tam tikai darba devējs vai prakses vadītājs)- piemērs.

Darba vietas nosaukums:

<sup>1</sup> Aizpilda **resertificējamā** ārstniecības persona

<sup>2</sup> Apstiprina ārstniecības iestādes vadītājs

**!!! Ja profesionālās darbības pārskats aizņem 2 lpp, tad nepieciešams prakses vadītāja paraksts un atšifrējums uz abām lpp.**