

(Pielikums grozīts ar MK 12.09.2017. noteikumiem Nr. 553)

Resertifikācijas lapa

I. Resertificējamās ārstniecības personas dati¹

1. Vārds (vārdi) _____
2. Uzvārds _____
3. Personas kods -
4. Deklarētās dzīvesvietas adrese _____

5. Tālruņa numurs (numuri) _____
6. Elektroniskā pasta adrese _____
7. Piekrītu, ka lēmums tiek paziņots ar elektroniskā pasta starpniecību uz manis norādīto oficiālo elektronisko adresi **X**
8. Informācija par ārstniecības personas sertifikātu (pamatspecialitātē, apakšspecialitātē, papildspecialitātē vai ārstnieciskajā vai diagnostiskajā metodē, kurā tiek veikta resertifikācija):
 - 8.1. numurs sertifikāta Nr. _____
 - 8.2. derīguma termiņš (dd.mm.gggg) Līdz kuram derīgs
 - 8.3. pamatspecialitāte, apakšspecialitāte vai papildspecialitāte, kurā sertifikāts izsniegts **Pirmā**
optometrista specialitātē **sertifikāta**
(pamatspecialitātes, apakšspecialitātes vai papildspecialitātes nosaukums) **izdošanas**
9. Sertifikācija nepieciešama _____ **gads**
optometrista specialitātē
(pamatspecialitātes, apakšspecialitātes, papildspecialitātes vai ārstnieciskās vai diagnostiskās metodes nosaukums)
10. Gads, kad pirmo reizi izsniegts ārstniecības personas sertifikāts **Pirmā**
pamatspecialitātē, apakšspecialitātē, papildspecialitātē vai **sertifikāta**
ārstnieciskajā vai diagnostiskajā metodē **izdošanas**
gads
11. Profesionālā darba pieredze pamatspecialitātē, apakšspecialitātē, papildspecialitātē vai ārstnieciskajā vai diagnostiskajā metodē ārstniecības personas sertifikāta derīguma termiņa laikā (informāciju sniedz par visām ārstniecības iestādēm, kurās ārstniecības personas sertifikāta derīguma termiņa laikā resertificējamā ārstniecības persona strādā vai ir strādājusi):
 - 11.1. darbavieta _____
(ārstniecības iestādes un struktūrvienības nosaukums)
amats _____
darba attiecības laikposmā no _____ kad sāktas darba attiecības _____ līdz _____ kad beigtas, vai frāze "šim brīdim", ja darba attiecības turpinās _____
(datums) (datums)

!!! Jāuzrāda VISAS darba vietas sertifikāta derīguma laikā. Ja vienā un tajā pašā darba vietā ir strādāts vairākkārt (bijušas PĀRTRAUKTAS darba attiecības), tad par katru reizi norāda atsevišķu darba attiecību laika posmu.

11.2. darbavieta _____
(ārstniecības iestādes un struktūrvienības nosaukums)

amats _____

darba attiecības laikposmā no _____ līdz _____
(datums) (datums)

11.¹ Valsts valodas prasme _____ Ja latviešu valoda ir dzimtā valoda, tad ieraksta "DZIMTĀ". Ja nav dzimtā valoda, tad atstāj TUKŠU un neraksta NEKO.

12. Informācija par profesionālo un zinātnisko darbību un tālākizglītības pasākumiem ārstniecības personas sertifikāta derīguma termiņa laikā²:

12.1. informācija par profesionālās kvalifikācijas formālās un neformālās tālākizglītības pasākumiem

Nr. p.k.	Izziņas numurs	Pasākuma organizators	Pasākuma nosaukums	Pasākuma norises datums(-i)	Stundu/ tālākizglītības punktu skaits
	Numurs				TIP
Iegūtie sertifikāti par klausītām konferencēm, semināriem.				Kopā	

12.2. informācija par profesionālo un zinātnisko darbību tālākizglītības jomā:

Nr. p.k.	Darbības veids	Laikposms	Tālākizglītības punktu skaits
TIP par uzstāšanos konferencēs, plašsaziņas līdzekļos, publikācijām.			Kopā

TIP jānorāda balstoties uz MK Nr.943 5.pielikuma tabulā esošajiem norādījumiem.

13. Apliecinu, ka (atbilstošo parakstīt vai norādīt³):

13.1. man saskaņā ar tiesas nolēmumu nav noteikta tiesību ierobežošana, atņemot tiesības nodarboties ar ārstniecību Jūsu paraksts

13.2. neesmu citas personas aizgādībā Jūsu paraksts

13.3. man saskaņā ar prokurora priekšrakstu par sodu krimināllietā nav noteikta tiesību ierobežošana, atņemot tiesības nodarboties ar ārstniecību Jūsu paraksts

14. Datums (dd.mm.gggg) □□.□□.□□□□

15. Resertificējamās ārstniecības personas paraksts⁴ Jūsu paraksts

II. Informācija par sertificējamo ārstniecības personu⁵

16. Sertificējamās ārstniecības personas kompetences raksturojums attiecīgajā pamatspecialitātē, apakšspecialitātē, papildspecialitātē vai ārstnieciskajā vai diagnostiskajā metodē (atzīmēt vajadzīgo un norādīt īsu pamatojumu):

Kompetences jomas	Labi	Apmierinoši	Neapmierinoši
Profesionālās zināšanas, prasmes un pieredze	ĪSS apraksts	Vai citā ailē, atbilstoši kopetencei	
Komunikācijas prasmes un sadarbība	ĪSS apraksts		
Profesionālās ētikas un deontoloģijas principu ievērošana	ĪSS apraksts		
Plānošanas un darba organizācijas prasmes	ĪSS apraksts		
Lēmumu pieņemšanas prasmes	ĪSS apraksts		

17. Ieteikums **Lūdzu resertificēt Xxxxxx Xxxxxx (vārds, uzvārds) optometrista specialitātē.** _____

18. Informācijas sniedzēja paraksts⁴ **PARAKSTS un ATŠIFRĒJUMS** _____

Aizpilda ārstniecības iestādes vadītājs, atbildīgais par ārstniecības personas kompetenci.

19. Zīmogs⁴ **ZĪMOGS**

!!! Ja strādā VAIRĀKĀS ārstniecības iestādēs, informācija nepieciešama NO VISĀM ārstniecības iestādēm. No visām ārstniecības iestādēm, kurās ŠOBRĪD IR SPĒKĀ darba attiecības.

!!! Ja strādā VAIRĀKĀS ārstniecības iestādēs, tabula nepieciešama NO VISĀM ārstniecības iestādēm. Katras darba vietas tabulu labāk uzrakstīt uz ATSEVIŠĶAS lapas. Ja viena darba vieta, tad tikai viena tabula un otra nav vajadzīga.

16. Sertificējamās ārstniecības personas kompetences raksturojums attiecīgajā pamatspecialitātē, apakšspecialitātē, papildspecialitātē vai ārstnieciskajā vai diagnostiskajā metodē (atzīmēt vajadzīgo un norādīt īsu pamatojumu):

Kompetences jomas	Labi	Apmierinoši	Neapmierinoši
Profesionālās zināšanas, prasmes un pieredze	ĪSS apraksts	Vai citā ailē, atbilstoši kopetencei	
Komunikācijas prasmes un sadarbība	ĪSS apraksts		
Profesionālās ētikas un deontoloģijas principu ievērošana	ĪSS apraksts		
Plānošanas un darba organizācijas prasmes	ĪSS apraksts		
Lēmumu pieņemšanas prasmes	ĪSS apraksts		

17. Ieteikums Lūdzu resertificēt Xxxxxx Xxxxxx (vārds, uzvārds) optometrista specialitātē. __

18. Informācijas sniedzēja paraksts⁴ PARAKSTS un ATŠIFRĒJUMS _____

Aizpilda ārstniecības iestādes vadītājs, atbildīgais par ārstniecības personas kompetenci.

19. Zīmogs⁴ ZĪMOGS

III. Priekšlikums attiecībā uz resertifikāciju⁶

20. Priekšlikuma sagatavošanas datums (dd.mm.gggg)

21. Priekšlikums (atzīmēt vajadzīgo):

21.1. resertificēt, piešķirot ārstniecības personas sertifikātu _____

(pamatspecialitātes, apakšspecialitātes, papildspecialitātes vai ārstnieciskās vai diagnostiskās metodes nosaukums)

21.2. atteikt resertifikāciju (norādīt sertifikācijas eksāmena datumu (dd.mm.gggg))

21.3. profesionālās un zinātniskās darbības un tālākizglītības pasākumu tālākizglītības punktu summa pamatspecialitātē, apakšspecialitātē, papildspecialitātē vai ārstnieciskajā vai diagnostiskajā metodē

21.4. citu profesionālās un zinātniskās darbības un tālākizglītības pasākumu tālākizglītības punktu summa

21.5. profesionālās darbības pārskata novērtējums (vajadzīgo atzīmēt):

21.5.1. atbilst kritērijiem

21.5.2. neatbilst kritērijiem

22. Sertifikācijas komisijas sēdes protokola numurs

23. Sertifikācijas komisijas sēdes datums (dd.mm.gggg)

24. Sertifikācijas komisijas priekšsēdētājs vai viņa vietnieks
(priekšsēdētāja prombūtnes laikā) _____
(vārds, uzvārds un paraksts)

25. Sertifikācijas komisijas sekretārs

(vārds, uzvārds un paraksts)

26. Sertifikācijas komisijas locekļi

(vārds, uzvārds un paraksts)

(vārds, uzvārds un paraksts)

(vārds, uzvārds un paraksts)

(vārds, uzvārds un paraksts)

(vārds, uzvārds un paraksts)

IV. Lēmums attiecībā uz resertifikāciju⁷

27. Lēmuma pieņemšanas datums (dd.mm.gggg)

28. Pieņemts lēmums (atzīmēt vajadzīgo un norādīt):

28.1. resertificēt, piešķirot ārstniecības personas sertifikātu _____

(pamatspecialitātes, apakšspecialitātes, papildspecialitātes vai ārstnieciskās vai diagnostiskās metodes nosaukums)

28.2. atteikt resertifikāciju

29. Datums, kad lēmums paziņots sertificējamai ārstniecības personai (dd.mm.gggg)

30. Datums, kad sākas piešķirtā ārstniecības personas
sertifikāta derīguma termiņš (dd.mm.gggg)

□□.□□.□□□□

31. Sertifikācijas padomes sēdes protokola numurs

□□□□

32. Sertifikācijas padomes priekšsēdētājs vai viņa vietnieks

(priekšsēdētāja prombūtnes laikā)

(vārds, uzvārds un paraksts)

Piezīmes.

¹ Aizpilda ārstniecības persona.

² Pievieno informāciju apliecināšu dokumentu kopijas, kas apliecinātas normatīvajos aktos par dokumentu izstrādāšanu un noformēšanu noteiktajā kārtībā, vai arī uzrāda šo dokumentu oriģinālus.

³ Ja dokuments sagatavots papīra formā, ārstniecības persona ar parakstu apliecina katru uz viņu attiecināmo 13.1., 13.2. un 13.3.apakšpunktā norādīto informāciju. Ja dokuments sagatavots atbilstoši normatīvajiem aktiem par elektronisko dokumentu noformēšanu, ārstniecības persona 13.1., 13.2. un 13.3.apakšpunktā norāda informāciju "Apliecinu", ja attiecīgajā apakšpunktā norādītais viņai atbilst, vai "Neapliecinu", ja neatbilst.

⁴ Neaizpilda, ja dokuments sagatavots atbilstoši normatīvajiem aktiem par elektronisko dokumentu noformēšanu.

⁵ Aizpilda ārstniecības iestāde, kurā strādā ārstniecības persona, vai pati ārstniecības persona, ja tā ir ārstniecības iestādes vadītājs vai īpašnieks. Ja ārstniecības persona strādā vairākās ārstniecības iestādēs (pamatspecialitātē, apakšspecialitātē, papildspecialitātē vai ārstnieciskajā vai diagnostiskajā metodē), informācija nepieciešama no visām ārstniecības iestādēm.

⁶ Aizpilda sertifikācijas komisija.

⁷ Aizpilda sertifikācijas padome.

1. Pielikums

Resertificējamās personas profesionālās darbības pārskats

Vārds, Uzvārds:

Specialitāte: **optometrija**

Pārskata periods: **01.04.2016-10.06.2019** (atbilstoši sertifikāta derīguma termiņam un darba līgumam konkrētajā darba vietā)

Darba vieta:

Amats: **optometriste**

Darba apjoma, intensitātes un kvalitātes apraksts ¹

AIZPILDA PATI ĀRSTNIECĪBAS PERSONA, īsi apraksta darba apjomu (cik dienas strādā, cik vizītes dienā, kādas darbības un pienākumus veic, vai bijuši gari pārtraukumi).

Aili paplašināt atbilstoši nepieciešamībai

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

IZPILDA PATI ĀRSTNIECĪBAS PERSONA.

Aili paplašināt atbilstoši nepieciešamībai

Resertificējamās personas paraksts:

Paraksta atšifrējums:

Datums:

Apstiprinu augstākminēto profesionālās darbības pārskatu²:

Vārds, Uzvārds:

Amats:

Paraksts:

Datums:

Darba vietas nosaukums:

¹ Aizpilda sertificējamā persona

² Apstiprina ārstniecības iestādes vadītājs

JA PĀRSAKTS SANĀK UZ 2 LPP, TAD DARBA DEVĒJAM JĀPARAKSTA ABAS LPP !!!

11.2. darbavieta _____
(ārstniecības iestādes un struktūrvienības nosaukums)
amats _____
darba attiecības laikposmā no _____ līdz _____
(datums) (datums)

11.¹ Valsts valodas prasme _____

12. Apliecinu, ka (atbilstošo parakstīt vai norādīt²):

12.1. man saskaņā ar tiesas nolēmumu nav noteikta tiesību ierobežošana, atņemot tiesības nodarboties ar ārstniecību _____

12.2. neesmu citas personas aizgādībā _____

12.3. man saskaņā ar prokurora priekšrakstu par sodu krimināllietā nav noteikta tiesību ierobežošana, atņemot tiesības nodarboties ar ārstniecību _____

13. Datums (dd.mm.gggg)

14. Resertificējamās ārstniecības personas paraksts³ _____

II. Priekšlikums attiecībā uz resertifikāciju⁴

15. Priekšlikuma sagatavošanas datums (dd.mm.gggg)

16. Priekšlikums (atzīmēt vajadzīgo):

16.1. resertificēt, piešķirot ārstniecības personas sertifikātu _____

(pamatspecialitātes, apakšspecialitātes, papildspecialitātes vai ārstnieciskās vai diagnostiskās metodes nosaukums)

16.2. atteikt resertifikāciju (norādīt sertifikācijas eksāmena datumu (dd.mm.gggg))

16.3. profesionālās darbības pārskata novērtējums (atzīmēt vajadzīgo):

16.3.1. atbilst kritērijiem

16.3.2. neatbilst kritērijiem

17. Sertifikācijas komisijas sēdes protokola numurs

18. Sertifikācijas komisijas sēdes datums (dd.mm.gggg)

19. Sertifikācijas komisijas priekšsēdētājs vai viņa vietnieks
(priekšsēdētāja prombūtnes laikā) _____
(vārds, uzvārds un paraksts)

20. Sertifikācijas komisijas sekretārs _____
(vārds, uzvārds un paraksts)

21. Sertifikācijas komisijas locekļi _____
(vārds, uzvārds un paraksts)

(vārds, uzvārds un paraksts)

(vārds, uzvārds un paraksts)

(vārds, uzvārds un paraksts)

(vārds, uzvārds un paraksts)

III. Lēmums attiecībā uz resertifikāciju⁵

22. Lēmuma pieņemšanas datums (dd.mm.gggg)

23. Pieņemts lēmums (atzīmēt vajadzīgo un norādīt):

23.1. resertificēt, piešķirot ārstniecības personas sertifikātu _____

(pamatspecialitātes, apakšspecialitātes, papildspecialitātes vai ārstnieciskās vai diagnostiskās metodes nosaukums)

23.2. atteikt resertifikāciju

24. Datums, kad lēmums paziņots sertificējamai ārstniecības personai (dd.mm.gggg)

25. Datums, kad sākas piešķirtā ārstniecības personas sertifikāta derīguma termiņš (dd.mm.gggg)

26. Sertifikācijas padomes sēdes protokola numurs

27. Sertifikācijas padomes priekšsēdētājs vai viņa vietnieks _____
(priekšsēdētāja prombūtnes laikā)

(vārds, uzvārds un paraksts)

Piezīmes.

¹ Aizpilda ārstniecības persona.

² Ja dokuments sagatavots papīra formā, ārstniecības persona ar parakstu apliecina katru uz viņu attiecināmo 12.1., 12.2. un 12.3.apakšpunktā norādīto informāciju. Ja dokuments sagatavots atbilstoši normatīvajiem aktiem par elektronisko dokumentu noformēšanu, ārstniecības persona 12.1., 12.2. un 12.3.apakšpunktā norāda informāciju "Apliecinu", ja attiecīgajā apakšpunktā norādītais viņai atbilst, vai "Neapliecinu", ja neatbilst.

³ Neaizpilda, ja dokuments sagatavots atbilstoši normatīvajiem aktiem par elektronisko dokumentu noformēšanu.

⁴ Aizpilda sertifikācijas komisija.

⁵ Aizpilda sertifikācijas padome.

3. Pielikums

Resertificējamās personas profesionālās darbības pārskats(paraugs)

Vārds, Uzvārds: Līga Liepiņa

Profesionālā kvalifikācija: Optometrista

Pārskata periods: 01.04.2015-01.04.2020 (atbilstoši sertifikāta derīguma termiņam)

Darba vieta: Optika "Vislabākā optika"

Amats: Optometrists

Darba apjoma, intensitātes un kvalitātes apraksts ¹

No 2015. gada darba apjoms ir pilnas slodzes darbs. No 2016. gada marta līdz 2017. gada septembrim atradās bērna kopšanas atvaļinājumā. Atgriežoties no atvaļinājuma darba apjoms ir 0,75 slodzes. Strādā 3-4 dienas nedēļā, 8h dienā. Vidēji dienā ir 5-6 redzes pārbaudes. Patstāvīgi tiek veikta pilna redzes pārbaude gan bērniem, gan pieaugušajiem. Darbs tiek veikts apzinīgi, kvalitatīvi un ar augstu atbildības sajūtu.

Profesionālās darbības apraksts atbilstoši kompetencei specialitātē ¹

(ārstniecības/diagnostikas jomā, pacienta izglītošanas jomā, profesionālās izglītības jomā, pacientu aprūpes plānošanas jomā, aprūpes darba vadīšanā)

Optometriste Līga Liepiņa darba pienākumus veic atbildīgi un precīzi. Viegli saprotas ar kolēģiem un klientiem. Atpazīst simptomus un objektīvās atradnes, kas sagaidāmas acu slimību gadījumos, spēj strādāt ar tādām diagnostikas metodēm kā fundus kamera, Icare un nepieciešamības gadījumā nosūtīt pie oftalmologa. Pilnvērtīgi iesaistās pacienta izglītošanas jomā, kas saistīta ar esošo redzes stāvokli, preventīvo pasākumu veikšanu, konsultē par miopijas kontroli un redzes higiēnu, par kontaktlēcu korekciju un pareizu kopšanu. Regulāri piedalās gan vietējās, gan starptautiskās konferencēs. Regulāri piedalās arī citu kolēģu izglītošanā, vada prezentācijas un apmācības jaunākiem kolēģiem.

Aili paplašināt atbilstoši nepieciešamībai

Sertificējamās personas paraksts:



Paraksta atšifrējums: Līga Liepiņa

Datums: 05.03.2020

Apstiprinu augstākminēto profesionālās darbības pārskatu²:

Vārds, Uzvārds: Jānis Bērziņš

Amats: Valdes priekšsēdētājs

Paraksts:



Datums: 06.03.2020

Darba vietas nosaukums: Optika "Vislabākā optika"