

Pacients

Vārds, uzvārds: *

* obligāti aizpildāmi lauki

Personas kods: *

 -

Dzīves vietas adrese: *

Tālrunis, e-pasts: *

tel.nr.:

e-pasts:

Rehabilitācijā pavadītais laiks (no- līdz): *

Palātas nr.:

Pilnvarotā persona (ja ir):

Vārds, uzvārds: *

Personas kods: *

 -

Dzīves vietas adrese: *

Tālrunis, e-pasts: *

tel.nr.:

e-pasts:

(Jāpievieno pielikumā) Pilnvaras izdošanas datums Derīguma termiņš, nr.: *

IESNIEGUMS
par medicīniskās dokumentācijas izsniegšanu

Lūdzu, izsniegt man nepieciešamo medicīnisko dokumentāciju:			nepieciešamo atzīmēt ar "Jā" *
1. Procedūru atšifrējumu - kurām ķermeņa daļām tika veiktas (iesniegšanai VSAA, apdrošināšanas kompānijām u.c.);			
2. Izrakstu no stacionāra			
3. Visas medicīniskās kartes kopija iesniegšanai:	juridiskas iestādes nosaukums		
4. Izziņa par rehabilitācijas pakalpojumu izdevumiem			
5. Cits			
Piekrītu, ka atbilde man tiks sniegta vienā no šādiem veidiem (vēlamo atbildes sniegšanas veidu atzīmējot ar "Jā")			nepieciešamo atzīmēt ar "Jā" *
1. uz norādīto e-pastu - izsniedz atbildi vai dokumentus elektroniskā formā, apliecinot dokumentu kopiju pareizību, kas parakstīti ar drošu elektronisko parakstu un satur laika zīmogu vai šifrētā veidā.			
2. uz norādīto e-pastu - ierakstīta pasta sūtījuma formā, iesniedzējam iepriekš apmaksājot ar nosūtīšanu saistītos izdevumus. Izsniedz atbildi vai dokumentus papīra formā apliecinot dokumentu kopiju pareizību.			
3. klātienē Kolkas ielā 20, Jūrmala, LV-2012-izsniedz pacientam vai tā likumiskajam pārstāvim (veicot personas identitātes noskaidrošanu un pārstāvības dokumenta un apjoma pārbaudi) atbildi vai dokumentus papīra formā, apliecinot dokumentu kopiju pareizību.			

Pacienta vai likumiskā pārstāvja paraksts:

Lietvedība

** Datums:

**neaizpilda, ja dokuments parakstīts ar drošu elektronisko parakstu un satur laika zīmogu