

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:

Pilnvaras izdošanas datums; derīguma termiņš; numurs (jāpievieno pielikumā): *

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			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