

Iesniegums

Iesniedzējs (pacients vai pacienta likumiskais pārstāvis)

Vārds, Uzvārds: _____

Personas kods: _____ - _____

Kontakttālrunis: _____

Pacients (Norādīt ja iesniedzējs ir pacienta likumiskais pārstāvis)

Vārds, Uzvārds: _____

Personas kods: _____ - _____

Lūdzu atsūtīt uz manu e-pastu (kas norādīts reģistrācijas laikā ārstniecības iestādē) pacienta:

- ☐ Rentgenoloģiskus izmeklējumus par periodu no ____/____/____ līdz ____/____/____ (dd/mm/gggg līdz dd/mm/gggg);
- ☐ Izraksts no ambulatorās kartes par veiktajām manipulācijām par periodu no ____/____/____ līdz ____/____/____ (dd/mm/gggg līdz dd/mm/gggg)*;
- ☐ Zobārstniecības pakalpojumu sniegšanas laikā uzņemtos mutes dobuma fotoattēlus no ____/____/____ līdz ____/____/____ (dd/mm/gggg līdz dd/mm/gggg).

* Izraksts no ambulatorās kartes paredzēts iesniegšanai:

- ☐ Apdrošināšanas kompānijai;
- ☐ Citai ārstniecības personai, norādīt speciālista veidu (piemēram, zobārsts, ģimenes ārsts u.tml.): _____;
- ☐ Citam nolūkam.

Datums: ____/____/____

Pacienta / Pacienta likumiskā pārstāvja paraksts un atšifrējums:
