|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | *Līguma par stacionārās veselības aprūpes*  *pakalpojumu sniegšanu un apmaksu 7.1.19.punkts* | | | | | |
|  | |  | | | | | |
|  | | **IZZIŅA** | | | | | |
|  | |  | | | | | |
|  | | Par cietušā veselībai nodarīto kaitējumu organizācijas vai personas vainas dēļ | | | | | |
|  | |  | | | | | |
| **Persona** | | Personas kods |  | | | | | |
| Uzvārds |  | | | | | |
| Vārds(-i) |  | | | | | |
| Dzīvesvietas adrese |  | | | | | |
|  | | | | | |
| Darba vietas nosaukums |  | | | | | |
| Darba vietas adrese | LV  LV | | | | | |
| Ziņas par nelaimes gadījumu | | Datums un laiks | diena mēnesis gads laiks | | | | | |
| Vieta |  | | | | | |
| Traumas rašanās apstākļi |  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| Veids | Darbā | | Transportā ārpus darba | | | |
| Krimināltrauma | | Sadzīvē organizācijas vai personas vainas dēļ | | | |
| Kam un kad ziņots |  | | | | diena mēnesis gads | |
|  | | | | diena mēnesis gads | |
| K Kods  Diagnoze |  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | Diagnozes  kods ● | |
| **Ziņas par ārstēšanu** | | Ārstēšanas periods | no  līdz  diena mēnesis gads diena mēnesis gads | | | | | |
| Ārstēts/ nosūtīts citā ārstniecības iestādē | nē | Jā (norādīt kurā) | | | | |
|  |  | | Iestādes  kods | | |
| Ārstēšanas izdevumi | euro centi | | | | | |
| Izziņas aizpildīšanas datums | | | diena mēnesis gads | | | | | |
| **Ziņas par ārstu** | Iestāde (struktūrvienība) | |  | | | | | |
|  | | | Iestādes  **kods** | | |
| Vārds, uzvārds | |  | | | | | |
| Personas kods un paraksts | |  | | | Paraksts: | | |
|  | | | | | | | | |

Piezīmes.

1. Izziņu pilnīgi aizpilda 3 dienu laikā pēc ārstēšanas pabeigšanas un līdz nākamā mēneša 15.datumam nosūta Centram regresa prasības noformēšanai.
2. Dokumenta rekvizītus „paraksts” un „izziņas aizpildīšanas datums” neaizpilda, ja elektroniskais dokuments ir sagatavots atbilstoši normatīvajiem aktiem par elektronisko dokumentu noformēšanu.