# **AMBULATORĀ PACIENTA TALONA**

**(veidlapa Nr.024/u) AIZPILDĪŠANAS VADLĪNIJAS**

***VISPĀRĪGIE NOTEIKUMI***

Ambulatorā pacienta talons (turpmāk – talons) ir medicīniskās uzskaites dokuments, ko apstiprinājis Latvijas Republikas Ministru kabinets ar 2006. gada 4. aprīļa 265. noteikumu „Medicīnisko dokumentu lietvedības kārtība” (turpmāk – Noteikumi Nr.265) 45. pielikumu. Talons nodrošina ambulatorā darba statistikas datu iegūšanu un ambulatori veiktā darba apmaksas aprēķināšanu. Talonu aizpilda atbilstoši Noteikumu Nr.265 noteiktajai kārtībai un normatīvajiem aktiem, kas nosaka elektronisko dokumentu lietošanas kārtību.

1. Talona aizpildīšanai nepieciešamie klasifikatori ir pieejami Nacionālā veselības dienesta (turpmāk – Dienests) mājas lapā http://www.vmnvd.gov.lv/lv/ligumpartneriem/1254-vadibas-informacijas-sistema/1256-klasifikatori.

## TALONA AIZPILDĪŠANA

1. Talons sastāv no nenumurētās un numurētās sadaļas.
2. Nenumurētā talona sadaļā tiek norādīts talona sērija un numurs. Kopējais zīmju skaits šajā talona sadaļā nedrīkst pārsniegt 9 simbolus. Talona sērija un numurs ir unikāli iestādes ietvaros.
3. Talona numurētās sadaļas aizpilda tikai ārstniecības persona. Personu loku, kurš aizpilda talonus par valsts apmaksātajiem ambulatorajiem pakalpojumiem, nosaka starp Dienestu un pakalpojumu sniedzēju savstarpēji noslēgtais līgums par ambulatoro pakalpojumu sniegšanu un pakalpojumu apmaksas kārtību.
4. Ierakstā „Maksātājs” norāda, kas maksā par aprūpes epizodi1, atzīmējot attiecīgo maksātāju:
	1. ja aprūpes epizodi apmaksā valsts kā maksātājs tiek uzrādīta tikai „0 – valsts”, neatkarīgi no tā, kas sedz pacientu iemaksu;
	2. ja pacients ir ārzemnieks, kuram nav piešķirts Latvijas Republikas Iedzīvotāju reģistra personas kods, lauku „Maksātājs” aizpilda sekojoši:
		1. personām, kas saņem veselības aprūpes pakalpojumus uzrādot citās Eiropas Savienības un Eiropas Ekonomikas zonas dalībvalstīs izdotu E veidlapu, Eiropas veselības apdrošināšanas karti vai Eiropas veselības apdrošināšanas karti aizvietojošo sertifikātu, kā maksātāju norāda „0-valsts”;
		2. personām, kas ir Eiropas Savienības un Eiropas Ekonomikas zonas dalībvalstu iedzīvotāji bez derīgas Eiropas Savienības un Eiropas Ekonomikas zonas dalībvalstīs izdotas E veidlapas, Eiropas veselības apdrošināšanas kartes vai Eiropas veselības apdrošināšanas karti aizvietojoša sertifikāta, maksātājs ir „4 – cits”;
		3. pacientam, kas ir no kādas valsts, ar kuru Dienestam noslēgts starpvalstu līgums par neatliekamās palīdzības sniegšanu un apmaksu, tiem sniedzot neatliekamo palīdzību, kā maksātājs tiek norādīta „0-valsts”;
		4. ārzemniekam, kas uzrāda savas valsts apdrošināšanas polisi, gadījumos, kad pacients apmaksā visu ārstēšanās gadījumu, kā maksātāju norāda „1-pacients”. Apdrošināšanas sabiedrība netiek uzrādīta. Apdrošināšanas sabiedrību nenorāda arī tad, ja ārzemnieka valsts apdrošināšanas sabiedrība sedz pacienta iemaksas;
5. Ierakstā „Apdrošinātāja kods” norāda apdrošinātāja kodu pēc Apdrošināšanas sabiedrību klasifikatora, ja ārstēšanās izdevumus vai pacienta iemaksas apmaksā apdrošinātājs. Ieraksts nav obligāti aizpildāms.
6. 7. Ierakstā “Aprūpes epizodes sākums” norāda aprūpes epizodes sākuma datumu šādā formātā: datums (2 simboli), mēnesis (2 simboli) gads (četri simboli).
7. Ierakstā “Aprūpes epizodes beigas” norāda aprūpes epizodes beigu datumu – pēdējo kontaktu ar ārstniecības personu aprūpes epizodes laikā. Ja aprūpes epizode (konkrētās saslimšanas gadījuma ārstēšanas periods) ir ilgāks par 30 kalendārām dienām, tad ārstniecības persona pabeidz talona aizpildīšanu līdz 30.dienai, kopš aprūpes epizodes uzsākšanas dienas. Tādā gadījumā ar pacienta nākošo apmeklējumu sākas jauna aprūpes epizode.
8. Ierakstu „Dokuments, kas apliecina tiesības saņemt valsts garantēto veselības aprūpi” aizpilda personām, kas saņem veselības aprūpes pakalpojumus uzrādot citās Eiropas Savienības un Eiropas Ekonomikas zonas dalībvalstīs izdotu E veidlapu, Eiropas veselības apdrošināšanas karti vai Eiropas veselības apdrošināšanas karti aizvietojošu sertifikātu. Ierakstā norāda dokumenta veidu, atbilstoši uzrādītajam dokumentam.
9. Dokumentā norādītā informācija jāievada Vadības informācijas sistēmā un dokumenta kopija ir jāpievieno ambulatorā pacienta medicīniskai kartei.
10. Sadaļas „Ārstniecības persona” punktos 6.-8. tiek norādīti dati par ārstniecības personu, kas sniedz veselības aprūpes pakalpojumu: ārstniecības personas kods vai identifikators, specialitātes kods un iestādes kods. Specialitātes kods tiek norādīts atbilstoši Ārstniecības personu klasifikatoram, iestādes kods un nosaukums tiek norādīts atbilstoši Ārstniecības iestāžu reģistram.
11. Ierakstā “Struktūrvienība” atzīmē to struktūrvienību, kurā sniedz ambulatoros pakalpojumus – „1 - uzņemšanas nodaļa”, „2 – traumpunkts”, „3 - neatliekamās medicīniskās palīdzības iestāde”, „4 - dienas stacionārs”, „5 – dežūrārsts”. Pārējos gadījumos tiek norādīts „0 – cits”. Struktūrvienību „2 – traumpunkts” izmanto gadījumos, kad veselības aprūpes pakalpojums tiek sniegts steidzamās palīdzības punktā. Struktūrvienības „2 – traumpunkts” vai „5 – dežūrārsts” tiek atzīmētas gadījumos, ja samaksa par sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem tiek veikta saskaņā ar fiksētā ikmēneša maksājuma(tāmes finansējums) principiem.
12. Ierakstā “Pacienta grupa” norāda pacienta grupu atbilstoši Dienesta „Pacientu grupu klasifikatoram”. Ja pacients pieder pie vairākām grupām, jāuzrāda visas.
13. Ierakstā „Vārds, uzvārds” norāda pacienta vārdu un uzvārdu. Vārds un uzvārds jāraksta atbilstoši uzrādītā personu apliecinoša dokumenta transkripcijai, nelatviskojot.
14. Ierakstā „Personas kods” norāda Latvijas Republikas Iedzīvotāju reģistra piešķirto vienpadsmit zīmju personas kodu;

14.1. Ja pacients ir ārzemnieks un tam piešķirts Latvijas Republikas Iedzīvotāju reģistra personas kods, uzrāda šo kodu un kā valsti Latviju - “LV”. Ja pacients ir ārzemnieks bez Latvijas Republikas Iedzīvotāju reģistra personas koda, uzrāda viņa dzimšanas datus un valsti pēc ISO valstu klasifikatora. Bez tam šādai personai aizpilda lauku „Ārzemnieka identifikācijas kods”;

14.2. Ja pacienta personas kods nav zināms vai nav vēl piešķirts, tad pirmajās sešās rūtiņās rakstāms pacienta dzimšanas datums un septītajā rūtiņā jānorāda personas dzimšanas gadsimts –, ja pacients dzimis 19... gadā. tad rakstāms - 1, ja 20... gadā, tad jāraksta - 2. Pārējās rūtiņas jāatstāj tukšas. Ja pacienta dzimšanas dati nav zināmi, tos piešķir kā nosacītus, aptuveni novērtējot pacienta vecumu. Laukam vienmēr jābūt aizpildītam.

1. Ierakstā „Dzimums” norāda pacienta dzimumu: „1 – vīrietis”, „2 – sieviete”.
2. Ierakstu „Ārzemnieka identifikācijas kods” aizpilda, ja pacients ir ārzemnieks, kam nav piešķirts Latvijas Republikas Iedzīvotāju reģistra personas kods. Šajā gadījumā ierakstā norāda personas identifikācijas kodu no personu apliecinoša dokumenta.
3. Ierakstā „Deklarētā dzīvesvieta” norāda pacienta uzrādīto dzīves vietas adresi: iela, nams, dzīvokļa numurs/mājas nosaukums, pilsēta/pagasts, rajons;
	1. ierakstā „Administratīvais teritorijas kods” norāda dzīves vietas ATVK kodu saskaņā ar Centrālās statistikas pārvaldes izdoto Latvijas Republikas administratīvo un teritoriālo vienību klasifikatoru;
	2. ierakstā „Valsts” norāda valsts nosaukumu un valsts kodu pēc ISO valstu klasifikatora.
4. Ierakstos „Diagnozes kods pēc SSK-10” uzrāda SSK - 10 klasifikatora četrzīmju kodus, izņemot gadījumus, kad klasifikators paredz diagnozei norādīt vairāk par 4 zīmēm. Lauku „Diagnoze profilaktiskajā apskatē” pilda, ja, veicot profilaktisko apskati valsts noteiktajā kārtībā, tiek konstatētas veselības problēmas un noteikta slimības diagnoze.

19. Ierakstu „Ārsts, kas nosūtījis pacientu” aizpilda, ja pacientam ambulatorā pakalpojuma saņemšanai ir nosūtījums Šajā ierakstā norāda datus par ārstu, kurš ir nosūtījis pacientu: ārsta personas kodu vai identifikatoru, specialitāti, iestādes kodu un nosaukumu, kurā ārsts strādā. Specialitātes kods tiek norādīts atbilstoši Ārstniecības personu klasifikatoram, iestādes kods un nosaukums tiek norādīts atbilstoši Ārstniecības iestāžu reģistram;

19.1. Nodrošinot pacienta dinamisko novērošanu, speciālists katras nākošās aprūpes epizodes laikā kā ārstu nosūtītāju var norādīt sevi.

20. Ierakstā „Aprūpes epizode sakarā ar” norāda vajadzīgo aprūpes epizodes veida kodu (1-7). Vienā talonā norāda tikai viena veida aprūpes epizodi, sakarā ar kuru pacients griezies pie atbilstošā veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēja. Palīgkabinetos (laboratorijā, funkcionālās diagnostikas, radioloģijas u.c. kabinetos) izdarīto manipulāciju un izmeklējumu gadījumā aprūpes epizodes veids tiek kodēts ar ciparu “7”. Aprūpes epizodes kods „4” tiek lietots tikai profilaktisko apskašu, patronāžu, vakcināciju un skrīninga gadījumos, kuri noteikti Latvijas Republikas Ministru kabineta 2018. gada 28. augusta 555. noteikumu „Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” (turpmāk – Noteikumi Nr. 555) 1. pielikumā „Profilaktiskās apskates (izmeklējumi) un sirds un asinsvadu slimību riska noteikšana” (turpmāk - Profilakses programma) un 7., 71. un 72.punktā, kā arī Dienesta mājas lapā publicētajiem Valsts organizētā vēža skrīninga sniegšanas nosacījumiem (turpmāk – Skrīninga programma). Aprūpes epizožu kodus 1., 2., 3., 4., 5. un 6. lieto ārsti. Šos aprūpes epizodes kodus var lietot arī primārajā veselības aprūpē strādājošie ārstu palīgi un medicīnas māsas, kā arī ārstu palīgi un medicīnas māsas veicot veselības aprūpi mājās, ja tas noteikts līgumā par ambulatoro pakalpojumu sniegšanu un apmaksu starp Dienestu un pakalpojumu sniedzēju.

20.1. ģimenes ārstu bērnu profilaktiskās apskates notiek atbilstoši Profilakses programmas 1.1.punktam, bet pieaugušo profilaktiskās apskates – 1.2.punktam:

20.1.1. ja ģimenes ārsts, atbilstoši Profilakses programmā noteiktajām profilaktiskajām apskatēm, pacientam veic profilaktisko apskati, talonā jānorāda manipulācija ar kodu 60404 *(Pieaugušo profilaktiskās apskates, ko veic ģimenes ārsts (atbilstoši šo noteikumu* [*1.*](http://likumi.lv/doc.php?id=263457#piel1)*pielikumam))* vai manipulācija ar kodu 01061 *(Bērnu profilaktiskās apskates, ko veic ģimenes ārsts)* un 4.veida aprūpes epizode, un 16.pacientu grupa. Pacienta iemaksa nav jāiekasē, tā tiek kompensēta no valsts budžeta līdzekļiem, atbilstoši Noteikumos Nr.555 paredzētajam apjomam;

20.1.2. ja viena apmeklējuma laikā ģimenes ārsts, atbilstoši Profilakses programmā noteiktajām profilaktiskajām apskatēm, pacientam veic gan profilaktisko apskati, gan sniedz pakalpojumus saistībā ar saslimšanu, tiek iekasēta pacienta iemaksa, atbilstoši Noteikumos Nr.555 paredzētajam apjomam. Minētajos gadījumos aizpilda vienu talonu, papildus norādot manipulāciju ar kodu 60405 *(Pieaugušo profilaktiskās apskates, ko veic ģimenes ārsts, izmeklējot pacientu ar saslimšanu)* vai manipulāciju ar kodu 01066 *(Piemaksa par ģimenes ārsta veiktu profilaktisko apskati, izmeklējot pacientu ar saslimšanu (apmaksā tikai bērniem)).* Talonā norāda aprūpes epizožu veidu: 1.,2.,3.,5. vai 6. un atbilstošu pacientu grupu;

20.1.3. ja ģimenes ārsts tiek apmeklēts tikai ar mērķi - veikt no valsts budžeta līdzekļiem apmaksātu kārtējo vakcināciju vai revakcināciju, talonā norāda manipulāciju ar kodu 01018 (*Ārsta apskate pirms vakcinācijas (bērniem, pieaugušajiem)*), manipulācijas par vakcīnas ievadi (manipulācija ar kodu 03081 (*Vakcīnas ievadīšana ādā, zemādā un muskulī*) vai 03082 (*Vakcīnas ievadīšana perorāli*)) un attiecīgās manipulācijas kodu par veikto vakcināciju, 4.veida aprūpes epizodi un 23.pacientu grupu;

20.1.3.1. ja ģimenes ārsts viena apmeklējuma laikā veic profilaktisko apskati un plāno veikt arī vakcināciju, aizpilda vienu talonu, norādot manipulāciju ar kodu 01061 (*Bērnu profilaktiskās apskates, ko veic ģimenes ārsts (atbilstoši normatīvajos dokumentos noteiktajai kārtībai)*) vai manipulāciju ar kodu 60404 *(Pieaugušo profilaktiskās apskates, ko veic ģimenes ārsts (atbilstoši šo noteikumu* [*1.*](http://likumi.lv/doc.php?id=263457#piel1)*pielikumam)),* manipulācijas par vakcīnas ievadi (manipulācija ar kodu 03081 (*Vakcīnas ievadīšana ādā, zemādā un muskulī*) vai 03082 (*Vakcīnas ievadīšana perorāli*)) un attiecīgās manipulācijas kodu par veikto vakcināciju, 4.veida aprūpes epizodi, 16. un 23.pacientu grupu. Viena apmeklējuma laikā kopā nepielieto profilaktiskās apskates manipulācijas (60404 vai 01061) un pirms vakcinācijas apskates manipulāciju (01018);

20.1.3.2. ja viena apmeklējuma laikā ģimenes ārsts, pacientam sniedz pakalpojumus saistībā ar saslimšanu un plāno veikt arī vakcināciju, tiek iekasēta pacienta iemaksa, atbilstoši Noteikumos Nr.555 paredzētajam apjomam. Minētajos gadījumos aizpilda vienu talonu, norādot aprūpes epizožu veidu: 1.,2.,3.,5. vai 6. Papildus norāda manipulācijas par vakcīnas ievadi (manipulācija ar kodu 03081 (*Vakcīnas ievadīšana ādā, zemādā un muskulī*) vai 03082 (*Vakcīnas ievadīšana perorāli*)) un attiecīgās manipulācijas kodu par veikto vakcināciju.

20.2. oftalmologu bērnu profilaktiskās apskates notiek atbilstoši Profilakses programmas 1.1.punktam:

20.2.1.ja oftalmologs, atbilstoši Profilakses programmā noteiktajām profilaktiskajām apskatēm pacientam veic profilaktisko apskati, talonā jānorāda manipulācija ar kodu 01065 (Oftalmologa veikta profilaktiskā apskate (atbilstoši šo noteikumu 1. pielikumam), 4.veida aprūpes epizode, pamatdiagnozes kods SSK-10 Z01.0 un 16.pacientu grupa. Pacienta iemaksa tiek kompensēta no valsts budžeta līdzekļiem, atbilstoši Noteikumos Nr.555 paredzētajam apjomam.

20.2.2. ja viena apmeklējuma laikā oftalmologs atbilstoši Profilakses programmā noteiktajām profilaktiskajām apskatēm, pacientam veic gan profilaktisko apskati, gan sniedz pakalpojumus saistībā ar saslimšanu, tad aizpilda vienu talonu, norāda manipulāciju ar kodu 01065 (Oftalmologa veikta profilaktiskā apskate (atbilstoši šo noteikumu 1. pielikumam) un papildus veiktās manipulācijas, kas nedublē Profilakses programmā ietvertās acu un redzes pārbaudes, nenorādot sekojošas manipulācijas: 17005 (*Objektīvā refrakcijas noteikšana ar skiaskopijas metodi*); 17007 (*Retinoskopija bērniem līdz 8 gadu vecumam*); 17015 (*Redzes asuma noteikšana tuvumā vai tālumā bērniem līdz 8 gadu vecumam*); 17017 (*Redzes asuma noteikšana tuvumā vai tālumā*); 17040 (*Slēptās šķielēšanas un šķielēšanas kvalitatīva pārbaude*); 17042 (*Stereoredzes pārbaude tuvumā, tālumā (Lang, TNC un "Mušas" testi)*); 17045 (*Binokulāro funkciju pārbaude, izmantojot sinoptoforu (Maddox tests)*); 17052 (*Abu acu kustības diferenciālanalīze*); 17085 (*Tiešā oftalmoskopija abām acīm*). Talonā norāda 4.veida aprūpes epizodi, pamatdiagnozes kodu SSK-10 Z01.0, blakus diagnozes kodu atbilstošu saslimšanai un 16.pacientu grupu. Pacienta iemaksa tiek kompensēta no valsts budžeta līdzekļiem, atbilstoši Noteikumos Nr.555 paredzētajam apjomam.

20.3 ginekologa, dzemdību speciālista dzemdes kakla vēža skrīnings notiek atbilstoši Dienesta mājas lapā publicētajiem Valsts organizētā dzemdes kakla vēža skrīninga sniegšanas nosacījumiem:

20.3.1. ja ginekologs, dzemdību speciālists, atbilstoši Skrīninga programmā noteiktajiem īstenošanas nosacījumiem, pacientei veic valsts organizētā dzemdes kakla vēža skrīningu, talonā norāda manipulāciju ar kodu 01004 (*Ginekologa, dzemdību speciālista ginekoloģiskā apskate valsts organizētās vēža skrīningprogrammas ietvaros*) un manipulāciju ar kodu 01074 (*Citoloģiskās uztriepes paņemšana no dzemdes kakla*), 4.veida aprūpes epizodi, pamatdiagnozes kodu SSK-10 Z01.4 un 16.pacientu grupu. Pacienta iemaksa tiek kompensēta no valsts budžeta līdzekļiem, atbilstoši Noteikumos Nr.555 paredzētajam apjomam.

20.3.2. ja viena apmeklējuma laikā ginekologs dzemdību speciālists atbilstoši Skrīninga programmā noteiktajam, pacientei veic valsts organizētā dzemdes kakla vēža skrīningu un sniedz pakalpojumus saistībā ar saslimšanu, tad aizpilda divus talonus. Skrīninga programmas talonu, kurā norāda tikai manipulāciju (01074), 4.veida aprūpes epizodi, pamatdiagnozes kodu SSK-10 Z01.4 un 16.pacientu grupu. Pacienta iemaksa talonā netiek aprēķināta. Otru talonu aizpilda ar apmeklējumu par saslimšanu, kurā norāda papildus veiktās manipulācijas, izņemot manipulācijas (01074 un 01004), aprūpes epizodes veidu: 1.,2.,3.,5. vai 6. un atbilstošu pacientu grupu. Tiek iekasēta pacienta iemaksa, atbilstoši Noteikumos Nr.555 paredzētajam apjomam.

21. Ierakstā „Apmeklējumu skaits aprūpes epizodē” norāda ambulatoro apmeklējumu skaitu pie ārsta aprūpes epizodes laikā – atsevišķi ārstniecības iestādē un mājas vizītēs, pēdējās dalot mājas vizītēs pēc pacienta izsaukuma un mājās vizītēs pēc ārstniecības personas iniciatīvas. Kā apmeklējumiem ārstniecības iestādē, tā mājas vizītēm atsevišķi uzrāda neatliekamās palīdzības apmeklējumu skaitu. Apmeklējumi sakarā ar neatliekamās palīdzības sniegšanu tiek uzskaitīti atbilstoši Noteikumos Nr.555 noteiktajiem nosacījumiem.

22. Ierakstā „Palīdzības veids”, ievadot talonu pēc noklusējuma ir norādīts palīdzības veids “0” – Cita veida. Pārējos kodus norāda pēc nepieciešamības šādos gadījumos: „1” – ja stacionārā esošam pacientam tiek sniegti ambulatori pakalpojumi citā ārstniecības iestādē pēc stacionāra ārstējošā ārsta nosūtījuma; „2” ja pacientam tiek sniegta konsultācija; „3” – ja veselības aprūpes pakalpojumu sniedz normatīvajos aktos noteiktie tiešās pieejamības speciālisti.

23. Ierakstā „Izdarītie izmeklējumi un manipulācijas” norāda veikto manipulāciju kodus un skaitu. Manipulāciju kodus norāda atbilstoši Dienesta mājas lapā publicētajam Manipulāciju sarakstam.

24. Ierakstā „Nosūtīts” norāda pacientam izsniegto nosūtījumu: „1- pie speciālista”, „2- stacionēšanai”; „3 - uz palīgkabinetu”. Ja pacientam vienas aprūpes epizodes laikā izsniegti vairāki nosūtījumi, piemēram, pie speciālista un uz palīgkabinetu, uzrāda abus, t.i., „1” un „3”.

25. Ierakstā „Ārstniecības persona” tiek norādīts ārstniecības personas uzvārds un paraksts, kura sniegusi veselības aprūpes pakalpojumu.

26. Ierakstus “Ārstniecības personas aizvietotājs” un “Aizvietotāja personas kods” aizpilda ģimenes ārsta aizvietošanas gadījumā, ja atbilstoši Noteikumiem Nr.555, veikto darbu jāuzskaita ārstam, kurš tiek aizvietots. Šādā gadījumā talona II. sadaļā “Ārstniecības persona” norāda informāciju par aizvietojamo ārstniecības personu (personas kodu vai identifikatoru)

**1** *Aprūpes epizode ir laika periods no brīža, kad ar pacienta veselības problēmu sastopas veselības aprūpes pakalpojuma sniedzējs (pacienta pirmais kontakts ar veselības aprūpes pakalpojuma sniedzēju), līdz attiecīgās pacienta problēmas atrisinājumam. Minētais nozīmē, ka pacienta konkrētās problēmas risināšanas gaitā pie viena un tā paša ārsta var būt vairāki ambulatorie apmeklējumi viena un tā paša saslimšanas gadījuma sakarā. Tā kā aprūpes epizodes ilgums var būt no vienas līdz 30 dienām, 30 dienu laikā ir iespējams, ka pacients saslimst  ar kādu citu slimību, pie kam tiek apmeklēts viens un tas pats ārsts. Tādos gadījumos sākas jauna aprūpes epizode. Šīs situācijas (vairākas aprūpes epizodes pie viena ārsta 30 dienu laikā) ir jāvērtē atbilstoši ierakstiem  medicīniskajā dokumentācijā, lai izlemtu, vai jaunās epizodes ir iepriekšējās turpinājums vai jauni saslimšanas gadījumi.*

Ja talonu aizpildot, rodas neskaidri jautājumi, tos var noskaidrot zvanot pa tālruņiem:

Dienesta Rīgas teritoriālā nodaļā – 67045019;

Dienesta Kurzemes teritoriālā nodaļā – 63323146;

Dienesta Latgales teritoriālā nodaļā – 65476965;

Dienesta Vidzemes teritoriālā nodaļā – 64772301;

Dienesta Zemgales teritoriālā nodaļā – 63007083.

Dienestā - 67043790 (Ārstniecības pakalpojumu departamenta Ambulatoro pakalpojumu nodaļa);