**Izziņa par cietušā veselībai nodarīto kaitējumu**

**organizācijas vai personas vainas dēļ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Persona | Personas kods | □□□□□□-□□□□□ |
| Uzvārds |  |
| Vārdi(-i) |  |
| Ziņas par nelaimes gadījumu | Datums un laiks | □□.□□.□□□□.(diena, mēnesis, gads) | □□□□(laiks) |
| Vieta | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Traumas rašanās apstākļi | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Veids | □ darbā | □ ceļu satiksmes negadījums |
| □ krimināltrauma  |
| Kam un kad ziņots | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | □□.□□.□□□□.(diena, mēnesis, gads) |
| □□.□□.□□□□.(diena, mēnesis, gads) |
| KodsDiagnoze |  |
|  |
|  | Diagnozes kods □□□.□ |
| Ziņas par ārstēšanu | Ārstēšanas periods | No □□.□□.□□□□.(diena, mēnesis, gads) | līdz □□.□□.□□□□.(diena, mēnesis, gads) |
| Ārstēts citā ārstniecības iestādē/ nosūtīts uz citu ārstniecības iestādi | □ nē | □ jā |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(norādīt ārstniecības iestādi) | Iestādes kods □□□□□□□□□ |
| Ārstēšanas izdevumi | □□□□ *euro* □□ centi |
| Izziņas aizpildīšanas datums | □□.□□.□□□□.(diena, mēnesis, gads) |
| Ziņas par ārstu | Iestāde (struktūrvienība) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Iestādes kods □□□□□□□□□ |
| Vārds, uzvārds |  |
| Paraksts |  |

Piezīmes.

1. Izziņu aizpilda triju dienu laikā pēc ārstēšanas pabeigšanas un līdz nākamā mēneša piecpadsmitajam datumam nosūta dienestam regresa prasības noformēšanai.

2. Dokumenta rekvizītus "paraksts" un "izziņas aizpildīšanas datums" neaizpilda, ja elektroniskais dokuments ir sagatavots atbilstoši normatīvajiem aktiem par elektronisko dokumentu noformēšanu.