

Nosūtītājiestāde

Ārstniecības iestādes nosaukums _____

Iestādes kods

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tālr. Nr. _____

94.pielikums

Ministru kabineta

04.04.2006. noteikumiem Nr.265

Nosūtījums veselības aprūpei mājās1. Iestādes nosaukums, personas vārds, uzvārds un adrese, kurai paredzēts nosūtījums

2. Pacienta vārds, uzvārds _____

3. Personas kods

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

4. Deklerētā dzīvesvieta _____

5. Pakalpojuma saņemšanas vieta:

administratīvās teritorijas kods

--	--	--	--	--	--	--	--

pilsēta/novads, pagasts _____

iela _____

mājas numurs _____

dzīvokļa numurs _____

ārdurvju kods _____

6. Slimība, kuras dēļ nozīmēta veselības aprūpe mājās: Diagnozes kodi pēc SSK-10

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

7. Slimība, kuras dēļ ir pārvietošanās traucējumi

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

8. Blakusslimības

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

9. Medicīnisko aprūpi pacientam uzsākt no: _____

(dd.mm.gggg.)

10. Laika periods, kurā pacientam nepieciešama veselības aprūpe mājās
