2.pielikums
Ministru kabineta
2014.gada \_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_

noteikumiem Nr.\_\_\_

Izziņa Nr.\_\_\_

aizgādnības nodibināšanai

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Ārstniecības iestādes nosaukums  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 2. Izziņas pieprasītāja nosaukums | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 3. Pacienta vārds, uzvārds | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 4. Pacienta personas kods  | [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  - [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  |
| 5. Ziņas par pacienta veselības stāvokli (vajadzīgo norādīt): |
|

|  |
| --- |
| pacients **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** saprast savas darbības nozīmi un vadīt to |

 |
|  *(spēj/zaudējis spēju)* |
| 6. Ārstu komisijas sniegtā atzinuma datums (dd.mm.gggg) | [ ] [ ] .[ ] [ ] .[ ] [ ] [ ] [ ]  |
| 7. Ārstniecības iestādes vadītājs | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(vārds, uzvārds, paraksts\*) |
|  | Z.v.\* |
| 8. Datums (dd.mm.gggg)\* | [ ] [ ] .[ ] [ ] .[ ] [ ] [ ] [ ]  |

Piezīme. \* Dokumenta rekvizītus „paraksts”, „Z.v.” (zīmoga vieta) un „datums” neaizpilda, ja elektroniskais dokuments ir sagatavots atbilstoši normatīvajiem aktiem par elektronisko dokumentu noformēšanu.

Veselības ministrs G.Belēvičs

21.11.2014. 11:12

105

I.Bradovska

67876096, Irita.Bradovska@vm.gov.lv