1.pielikums

Ministru kabineta

\_\_\_\_.gada \_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_

noteikumiem Nr.\_\_\_

Izziņa Nr.\_\_\_

iesniegšanai Nākotnes pilnvarojumu reģistrā

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Ārstniecības iestādes nosaukums | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| 2. Pacienta (pilnvarotāja) vārds, uzvārds | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| 3. Pacienta personas kods | | - | | |
| 4. Izziņas saņēmēja (pilnvarnieka) vārds, uzvārds | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 5. Izziņas saņēmēja personas kods | - | | | |
| 6. Dati par izziņas saņēmēja uzrādīto notariālo aktu grāmatas izrakstu (nākotnes pilnvarojuma līgums): | | | | |
| 6.1. datums (dd.mm.gggg) | .. | | | |
| 6.2. numurs | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| 6.3. apliecinošā notāra vārds, uzvārds | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| 7. Ziņas par pacienta veselības stāvokli (vajadzīgo norādīt): | | | | |
| pacients **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** saprast savas darbības nozīmi un vadīt to  (*spēj/zaudējis spēju*) | | | | |
| 8. Ārstu komisijas sniegtā atzinuma datums (dd.mm.gggg) | .. | | | |
| 9. Ārstniecības iestādes vadītājs | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (vārds, uzvārds, paraksts\*) | | | |
|  | Z.v.\* | | | |
| 10. Datums (dd.mm.gggg)\* | .. | | | |

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

Veselības ministre Anda Čakša

Iesniedzējs: Veselības ministre Anda Čakša

Vīza: Valsts sekretārs Kārlis Ketners