



“ALGORITMS L” SIA
Sakņu iela 14-1, Liepāja, LV-3405
LV42102026314

“ABdental” zobārstniecība

Pededzes ielā 10, Mārupē, LV-2167; marupe@abdental.lv

Lāčplēša ielā 54, Rīgā, LV-1011; riga@abdental.lv

Tel: 27903903

Iesniegums

Iesniedzējs (pacients vai pacienta likumiskais pārstāvis)

Vārds, Uzvārds: _____

Personas kods: _____ - _____

Kontakttālrunis: _____

Pacients (Norādīt ja iesniedzējs ir pacienta likumiskais pārstāvis)

Vārds, Uzvārds: _____

Personas kods: _____ - _____

Lūdzu atsūtīt uz manu e-pastu (kas norādīts reģistrācijas laikā ārstniecības iestādē) pacienta:

- ☐ Rentģenoloģiskus izmeklējumus par periodu no ____/____/____ līdz ____/____/____ (dd/mm/gggg līdz dd/mm/gggg);
- ☐ Izrakstu no ambulatorās kartes par veiktajām manipulācijām par periodu no ____/____/____ līdz ____/____/____ (dd/mm/gggg līdz dd/mm/gggg)*;
- ☐ Zobārstniecības pakalpojumu sniegšanas laikā uzņemtos mutes dobuma fotoattēlus no ____/____/____ līdz ____/____/____ (dd/mm/gggg līdz dd/mm/gggg).

* Izraksts no ambulatorās kartes paredzēts iesniegšanai:

- ☐ Apdrošināšanas kompānijai;
- ☐ Citai ārstniecības personai, norādīt speciālista veidu (piemēram, zobārsts, ģimenes ārsts u.tml.): _____;
- ☐ Citam nolūkam.

Datums: ____/____/____

Pacienta / Pacienta likumiskā pārstāvja paraksts un atšifrējums:
