

(Pielikums MK 04.06.2019. noteikumu Nr. 239 redakcijā)

## Atlīdzības prasījuma iesniegums

|                          |
|--------------------------|
| _____                    |
| (vārds, uzvārds)         |
| _____                    |
| (personas kods)          |
| _____                    |
| (dzīvesvietas adrese)    |
| _____                    |
| (kontaktārunis, e-pasts) |

Lūdzu izmaksāt man atlīdzību no Ārstniecības riska fonda par pacientam

\_\_\_\_\_

(pacienta vārds, uzvārds, personas kods)

ārstniecības iestādē ārstniecības personas darbības/bezdarbības rezultātā radītiem

(atzīmēt atbilstoši)

nemateriāliem zaudējumiem – pacienta veselībai vai dzīvībai nodarīto kaitējumu (arī morālo kaitējumu)

materiāliem zaudējumiem – ārstniecības izdevumiem

Sniedzu šādas ziņas:

Ārstēšanās periods no 20 \_\_. gada \_\_. \_\_\_\_\_

līdz 20 \_\_. gada \_\_. \_\_\_\_\_

Ārstniecības persona:

specialitāte \_\_\_\_\_

vārds, uzvārds \_\_\_\_\_

Ārstniecības iestāde \_\_\_\_\_

Situācijas apraksts un papildu informācija, kas apliecina pacientam nodarīto kaitējumu:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Aprēķināto atlīdzību lūdzu ieskaitīt:

norēķinu iestādes nosaukums \_\_\_\_\_

bankas kods \_\_\_\_\_

konta numurs \_\_\_\_\_

Pacienta pārstāvja, mantinieka vārds, uzvārds un personas kods, uz kura vārda atvērts  
norēķinu konts \_\_\_\_\_

Atlīdzības prasījuma iesniegumam pievienoti šādi dokumenti:

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_
- 5) \_\_\_\_\_
- 6) \_\_\_\_\_

1. Apliecinu, ka sniegtā informācija ir patiesa un pilnīga, un apņemos septiņu dienu laikā pēc tam, kad būšu uzzinājis(-usi) par izmaiņām atlīdzības prasījuma iesniegumā minētajās ziņās, paziņot par tām Veselības inspekcijai.

2. Esmu informēts(-a), ka Nacionālais veselības dienests piedzīs izmaksāto atlīdzību, ja apzināti sniegtas nepatiesas ziņas, lai saņemtu atlīdzību.

3. Esmu informēts(-a), ka Nacionālais veselības dienests piedzīs visu izmaksāto atlīdzību no ārstniecības iestādes, kas nav veikusi ārstniecības riska maksājumu Pacientu tiesību likumā noteiktajā kārtībā.

4. Piekrītu, ka Veselības inspekcija un Nacionālais veselības dienests veiks personas datu apstrādi, ievērojot normatīvo aktu prasības, kas reglamentē fizisko personu datu aizsardzību.

5. Atlīdzību par atlīdzības prasījuma iesniegumā minēto ārstniecību neesmu saņēmis(-usi) civilprocesa vai kriminālprocesa ietvaros, no apdrošinātāja vai citā veidā. Ja šajā punktā minētā informācija mainīsies, apņemos septiņu dienu laikā par to informēt Veselības inspekciju.

Lēmumu piekrītu saņemt\*:

uz šajā atlīdzības prasījuma iesniegumā norādīto e-pasta adresi

personīgi Veselības inspekcijā

nosūtītu pa pastu uz atlīdzības prasījuma iesniegumā norādīto pasta adresi

Datums\*\* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(vārds, uzvārds, paraksts\*\*)

Piezīmes.

1. \* Ja ir aktivizēts oficiālās elektroniskās adreses konts, lēmums tiks nosūtīts uz oficiālo elektronisko adresi.

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