**Atlīdzības prasījuma iesniegums**

(vārds, uzvārds)

(personas kods)

(dzīvesvietas adrese)

(kontakttālrunis, e-pasts)

Lūdzu izmaksāt man atlīdzību no Ārstniecības riska fonda par pacienta

(pacienta vārds, uzvārds, personas kods)

nemateriāliem zaudējumiem **-** pacienta veselībai vai dzīvībainodarīto kaitējumu (arī morālo kaitējumu);

materiāliem zaudējumiem – ārstniecības izdevumiem,

(atzīmēt atbilstošo)

kas radušies ārstniecības iestādē ārstniecības personas darbības/bezdarbības rezultātā, un sniedzu šādas ziņas:

ārstēšanās periods\*: no

līdz

*\*Jānorāda precīzs, noslēdzies laika periods, kad nodarīts kaitējums.*

ārstniecības persona: specialitāte:

vārds, uzvārds: ­­­

ārstniecības iestāde:

situācijas apraksts un papildus informācija, kas apliecina pacientam nodarīto kaitējumu:

Aprēķināto atlīdzības summu lūdzu ieskaitīt:

norēķinu iestādes nosaukums:

bankas kods:

konta numurs:

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

Atlīdzības prasījumam pievienoti šādi dokumenti:

1. Apliecinu, ka sniegtā informācija ir patiesa un pilnīga, un apņemos septiņu dienu laikā pēc tam, kad esmu uzzinājis 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 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.

**Piekrītu lēmumu saņemt:**

uz šā atlīdzības prasījuma iesniegumā norādīto e-pasta adresi

personīgi Veselības inspekcijā

nosūtītu pa pastu uz atlīdzības prasījuma iesniegumā norādīto pasta adresi

20 . gada.

(vārds, uzvārds, paraksts)