



Veselības apdrošināšana

Stacionārās ārstniecības saskaņojums

Informācija par pacientu (aizpilda pacients)

Vārds	Uzvārds	Personas kods
Adrese		
E-pasts	Tālrunis	
Jūsu Ģimenes ārsts, kas ir līgumattiecībās ar NVD	Polises Nr.	

Informācija par plānoto stacionāro ārstniecību (aizpilda ārstniecības persona)

Ārstniecības iestāde, kas nosūta uz stacionāru		
Ārsts, kas nosūtījis uz stacionāro ārstēšanu		
Klīniskā diagnoze		
Indikācijas operācijai/ārstēšanai stacionārā u.tml		
Ārstniecības iestāde, kas veiks stacionāro ārstēšanu		
Pakalpojuma veids	Operācija diennakts stacionārā	Operācija dienas stacionārā
	Stacionārā rehabilitācija	Manipulācija/cits

Papildu informācija (aizpilda ārstniecības persona)

Saskaņā ar MK Noteikumu Nr.1529 punktu 12.3. apmaksā par ārstniecības iestāžu sniegto sekundāro veselības aprūpes pakalpojumu tiek segta no valsts budžeta, izņemot gadījumus, ja pacients rakstiski atsakās no gaidīšanas uz valsts apmaksātu plānveida veselības aprūpes pakalpojumu un pats vai trešā persona veic maksājumus par attiecīgo veselības aprūpes pakalpojumu.

Ārsts	Vārds	Uzvārds	Ārstniecības iestādes vai ārsta zīmogs
	Pakalpojums par pacienta iemaksu pieejams (datums)	Paraksts	

Pacienta Apliecinājums (aizpilda pacients)

Piekrītu saņemt pakalpojumu par Pacienta iemaksu norādītajā datumā, kad tas ir pieejams

Atsakos no gaidīšanas uz valsts apmaksātu plānveida veselības aprūpes pakalpojumu par Pacienta iemaksu

Vārds	Uzvārds
Datums	Paraksts

Maksas ārstniecības pakalpojuma plānotās izmaksas un to apmaksā

Aizpilda ārstniecības persona Saskaņā ar Ārstniecības iestādes cenrādi

Manipulācijas kods	Manipulācijas nosaukums	Cena, EUR	Aizpilda Apdrošinātājs	
			Apdrošinātājs	Pacients
Kopā				

Aizpildītu Saskaņojuma veidlapu Apdrošinātājam iesniedz Pacients vai Ārstniecības iestāde, nosūtot ieskenētu 5 darba dienas pirms plānotās ārstniecības uz e-pasta adresi: veseliba@gjensidige.lv vai iesniedzot to ADB "Gjensidige" Latvijas filiāles pārstāvniecībā.

ADB "Gjensidige" Latvijas filiāles lēmums apmaksāt:

Pacientam, summa

Medicīnas iestādei, summa

Apdrošinātāja pārstāvja	Vārds	Uzvārds	Zīmogs
	Datums	Paraksts	