ADB "Gjensidige" Latvijas filiāle
Reģ. Nr. 40103595216 • Brīvības iela 39, Rīga, LV-1010, Latvija • Tālrunis: 67112222 • Fakss: 67106444 • E-pasts: info@gjensidige.lv. • www.gjensidige.lv

Gjensidige

Veselības apdrošināšanas 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

Saskaņā ar MK Noteikumu Nr.1529 punktu 12.3. apmaksa 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 apmaksa

Aizpilda ārstniecības persona Saskaņā ar Ārstniecības iestādes cenrādi

Kods	Manipulācijas nosaukums	Cena, EUR
	Kopā	

Aizpilda Apdrošinātājs
Apdrošināšanas izdevumus sedz (EUR)

Apdrošinātājs	Pacients

Aizpildītu Saskaņojuma veidlapu Apdrošinātājam iesniedz Pacients, nosūtot vismaz 5 darba dienas pirms plānotās ārstniecības ieskenētu uz e-pasta adresi:veseliba@gjensidige.lv, pa faksu 67106359 vai iesniedzot ADB "Gjensidige" Latvijas filiāles pārstāvniecībā.

Aizpilda Apdrošinātājs
ADB "Gjensidige" Latvijas filiāles lēmums apmaksāt: ☐ Pacientam, summa ☐ Medicīnas iestādei, summa

Apdrošinātāja pārstāvja	Vārds	Uzvārds	Zīmogs
	Datums	Paraksts	