**Iesnieguma par medicīniskās transportēšanas pakalpojumu uz/no ārvalstīm PARAUGS**

Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta direktoram

Laktas ielā 8, Rīgā, LV 1013

*jānorāda:* *Juridiskas personas nosaukums, reģ. Nr.,*

*korespondences adrese*

*pārstāvja amats/ vārds uzvārds*

*vai*

*Fiziskas personas vārds, uzvārds,*

*personas kods, dzīvesvietas adrese*

 *tālruņa nr.un e.pasta adrese*

iesniegums.

Lūdzu nodrošināt pacienta *\_\_\_\_\_*(*jānorāda:* *pacienta vārds uzvārds, personas kods)* pārvešanu no *\_\_\_\_\_* *(jānorāda*: *iestādes adrese, nosaukums, nodaļa, palāta, stāvs)* uz *\_\_\_\_\_* (*jānorāda:* *iestādes nosaukums, nodaļa, palāta) \_\_\_\_\_ (jānorāda datums, kad pārvešana veicama).*

*Iesniegumā lūdzam norādīt (vai pievienot) sekojošu informāciju*:

* *Ārstējošā ārsta vārds, uzvārds, tālruņa numurs, e-pasta adrese;*
* *Personas, ar kuru ir saskaņota pacienta uzņemšana ārstniecības vai veselības aprūpes iestādē amats, vārds, uzvārds, tālruņa numurs, e-pasta adrese;*
* *Pacienta diagnoze, vispārējā stāvokļa raksturojums, pārvešanas laikā nepieciešamais medicīniskais atbalsts (izraksts no ārstniecības iestādes pacienta medicīniskās kartes);*
* *Nepieciešamais brigādes veids (piem., Ārsta palīgu, Reanimācijas);*
* *Izsaucēja / kontaktpersonas vārds, uzvārds, telefona numurs.*

NMP dienesta sniegto pakalpojumu apmaksu rēķinā noteiktajā kārtībā un termiņā garantējam.

*Datums Paraksts un tā atšifrējums*

*Juridiskas personas rekvizīti*

*e-pasta adrese*

*Ar savu parakstu pakalpojuma prasītājs apliecina, ka:*

1. *pakalpojumu prasa saskaņā ar pacienta vai pacienta likumiskā pārstāvja gribu un piekrišanu, tajā skaitā ar atļauju apstrādāt personas un medicīniskos datus, nodot tos personām un institūcijām, kuras iesaistītas medicīniskās transportēšanas pakalpojuma nodrošināšanā;*
2. *atbilstoši veselības stāvokļa izmaiņām transportēšanas laikā vai iestājoties citiem iepriekš neparedzamiem apstākļiem, piekrīt pacienta nogādāšanai citā transportēšanas ceļam tuvākā veselības aprūpes iestādē.*