Ārstniecības iestādes nosaukums:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Kods:

**Nosūtījums uz Veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisiju**

(veidlapa Nr. 088/u)

|  |  |
| --- | --- |
| **1.Pacienta vārds, uzvārds** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2.Personas kods** |  |  |  |  |  |  | **-** |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **3.Dzimums** vīrietis sieviete |

|  |  |
| --- | --- |
| **4. Diagnozes, nosūtot pacientu uz invaliditātes un darbspēju ekspertīzi** | |
| Pamatdiagnoze un blakusdiagnozes | SSK 10 kods |
|  |  |

|  |
| --- |
| **5. Veselības traucējumu apraksts, ieskaitot anamnēzi, veikto ārstēšanu, tās rezultātus, kā arī paredzamo ārstēšanu un prognozi, ja tāda iespējama** |
|  |

|  |
| --- |
| **6. Izmeklējumi un konsultantu atzinumi, kas pamato 4. punktā minētās diagnozes** |
|  |

|  |
| --- |
| **7. Pārejošā darbnespēja**  (norādīt periodu pēdējo 6 mēnešu laikā pamatslimības dēļ un kopējo ilgumu pēdējo 3 gadu laikā) |
|  |

|  |
| --- |
| **8. Fizikālās/psihiskās izmeklēšanas dati, ķermeņa funkciju traucējumu un aktivitāšu ierobežojuma novērtējums** |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **9. Nosūtījuma sagatavošanas iemesls** | | | | | | | | | |
| Prognozējamās invaliditātes ekspertīzei | | | | | | | | | |
| Invaliditātes un darbspēju ekspertīzei | | | | | | | | | |
| Īpašas kopšanas medicīnisko indikāciju ekspertīzei | | | | | | | | | |
| Speciāli pielāgota vieglā automobiļa iegādes un pabalsta saņemšanas transporta izdevumu kompensēšanai medicīnisko indikāciju ekspertīzei | | | | | | | | | |
| Asistenta pakalpojuma saņemšanas ekspertīzei | | | | | | | | | |
| Cits iemesls (norādīt) | | | | | | | | | |
| **10. Nosūtījuma sagatavošanas datums** (dd.mm.gggg.) |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **11. Nosūtījumu sagatavoja** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (ārsta vārds, uzvārds) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (paraksts) |
|  | | |
| **12. Pievienoto dokumentu kopiju saraksts** | | |
|  | | |

*Piezīme. Nosūtījums derīgs divus mēnešus no tā sagatavošanas datuma.*