|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Vieta |  | Datums | **05.02.2023** |

**VIENOŠANĀS PAR REĢISTRĀCIJU VAI PĀRREĢISTRĀCIJU
ĢIMENES ĀRSTA PACIENTU SARAKSTĀ**

*(Lūdzam aizpildīt drukātiem burtiem)*

**PERSONA:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Vārds:  |  | Uzvārds: |  |
|  |  |  |  |
| Personas kods:  |  | Dzimums: | **[ ]**  VĪRIETIS **[ ]**  SIEVIETE  |
|  |  |  |  |
| Deklarētā dzīvesvieta: |
| Pilsēta, pagasts, novads, ciems |  | Pasta indekss | LV |
|  |  |  |  |
| Iela (mājas nosaukums)  |  | Mājas nr. |  | Dzīvokļa nr. |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Tālrunis: |  | e-pasts: |  |
|  |
| Reālās dzīvesvietas adrese *(aizpildīt, ja atšķiras no deklarētās):* |
| Pilsēta, pagasts, novads, ciems |  | Pasta indekss | LV |
|  |  |  |  |
| Iela (mājas nosaukums)  |  | Mājas nr. |  | Dzīvokļa nr. |  |

**un ĀRSTS: Justīne Rudzīte**

**vienojas, ka pacients** Reģistrēsies **[ ]**  Pārreģistrēsies **[ ]**  *(vajadzīgo atzīmēt ar "X")*

**NO ĀRSTA:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Iepriekšējā ārsta vārds:  |  | Uzvārds: |  |
|  |  |  |  |
| Pārreģistrācijas iemesli *(vajadzīgo atzīmēt ar "X")*: |
| [ ]  Dzīvesvietas maiņa | [ ]  Neapmierinātība ar iepriekšējo ārstu |
| [ ]  Darba vietas maiņa | [ ]  Citi: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Personas paraksts |  | Ārsta paraksts |

Gadījumā, ja vienošanos aizpilda cita persona, jānorāda vienošanās aizpildītāja:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Vārds:  |  | Uzvārds: |  |

Radniecība, aizbildniecība, aizgādniecība vai iemesls, kādēļ reģistrējamā persona pati nevar aizpildīt iesniegumu:

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  | Aizpildītāja paraksts |