*3.pielikums*

*līgumam par ambulatoro laboratorisko veselības aprūpes*

*pakalpojumu sniegšanu un apmaksu*

**Laboratorijas pakalpojumi, darba laiks un ārstniecības personas**

1. **Ārstniecības iestādes nosaukums:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
2. **Ārstniecības iestādes kods:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
3. **Kontaktinformācija saziņai ar pacientiem\*:**
   1. **tālruņa numurs: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;**
   2. **elektroniskā pasta adrese: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;\*\***
   3. **mājas lapas adrese: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.\*\***

**\*** *ja ārstniecības iestāde darbojas vairākās adresēs vai ārstniecības iestādē ir vairāki tālruņa numuri saziņai ar pacientiem, tad informāciju norāda par katru adresi un atsevišķu pakalpojumu veidu, veidojot attiecīgus apakšpunktus (3.1.1, 3.1.2, …) un norādot konkrētai adresei un pakalpojuma veidam, kurš tiek nodrošināts konkrētajā adresē, atbilstošo tālruņa numuru.*

**\*\****apakšpunkts nav obligāti aizpildāms.*

1. **Ārstniecības personu saraksts, kas nodrošina pakalpojumus:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr.**  **p.k.** | **Ārstniecības personas** | | | **Specialitātes kods** |
| **vārds** | **uzvārds** | **identifikators** |
| 4.1. |  |  |  |  |
| 4.2. |  |  |  |  |
| 4.3. |  |  |  |  |
| 4.4. |  |  |  |  |

1. Bioloģisko materiālu savākšana no pacientiem tiek veikta šādās adresēs un šādos laikos:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Nr.***  ***p.k.*** | ***pieņemšanas adrese*** | ***pieņemšanas laiks valsts apmaksātajiem veselības aprūpes pakalpojumiem*** | | | | |
| ***pirmdiena*** | ***otrdiena*** | ***trešdiena*** | ***ceturtdiena*** | ***piektdiena*** |
| 3.1. |  |  |  |  |  |  |
| 3.2. |  |  |  |  |  |  |

1. Ārstniecības iestāde nodrošina sekojošus laboratoriskos un histoloģiskos izmeklējumus:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Nr.p.k.*** | ***Laboratorisko un histoloģisko izmeklējumu pakalpojumi \**** | ***Manipulācijas kods\*\**** |
| 1.1. | Laboratoriskie izmeklējumi |  |
| 1.2. | Histoloģiskie izmeklējumi |  |

*\* laboratorisko pakalpojumu programmā ietverto manipulāciju saraksts ir pieejams DIENESTA tīmekļvietnē* [*www.vmnvd.gov.lv*](http://www.vmnvd.gov.lv)

*\*\* atbilstoši DIENESTA tīmekļvietnē* [*www.vmnvd.gov.lv*](http://www.vmnvd.gov.lv) *noteiktajām apmaksājamo ambulatoro laboratorisko izmeklējumu sarakstam*

1. **DIENESTAM ir tiesības šajā pielikumā norādīto informāciju izmantot pacientu informēšanai, ievietojot to DIENESTA tīmekļvietnē**[*www.vmnvd.gov.lv*](http://www.vmnvd.gov.lv)

Datums \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Iestādes vadītāja paraksts \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_