2. pielikums  
Ministru kabineta  
2023. gada 19. decembra  
noteikumiem Nr. 812

**Kompensācijas prasījuma iesniegums**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(iesniedzēja vārds, uzvārds)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(personas kods)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(dzīvesvietas adrese)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(kontakttālrunis, e-pasts)

Lūdzu izmaksāt kompensāciju par smagu vai vidēji smagu kaitējumu veselībai vai dzīvībai, kas apstiprināto Covid-19 vakcīnas izraisīto blakusparādību dēļ radies

|  |
| --- |
|  |

(pacienta vārds, uzvārds, personas kods)

Sniedzu šādas ziņas:

Vakcinācijas datums un vieta – 20\_\_\_\_. gada \_\_\_\_. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Pacienta ģimenes ārsts |  |
| |  | | --- | |  | | | |
| Pacienta ārstējošais ārsts |  |
| |  | | --- | |  | | | |

Ārsts, kurš ir sniedzis slēdzienu par cēloņsakarību starp vakcīnas pret Covid-19 infekciju izraisīto blakusparādību un pacienta veselībai vai dzīvībai radīto kaitējumu

|  |
| --- |
|  |

Ārstēšanās periods saistībā ar Covid-19 vakcīnas izraisītu blakusparādību:

no 20\_\_\_\_. gada \_\_\_\_. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ līdz 20\_\_\_\_. gada \_\_\_\_. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| Situācijas apraksts un papildu informācija, kas apliecina pacientam radīto kaitējumu veselībai vai dzīvībai: |
|  |

Kompensācijas prasījuma iesniegumam pievienoti šādi dokumenti:

|  |  |
| --- | --- |
| 1) |  |
| 2) |  |
| 3) |  |
| 4) |  |
| 5) |  |
| 6) |  |

1. Apliecinu, ka sniegtā informācija ir patiesa un pilnīga, un apņemos septiņu dienu laikā pēc tam, kad būšu uzzinājis(-usi) par izmaiņām kompensācijas prasījuma iesniegumā minētajās ziņās, paziņot par tām Zāļu valsts aģentūrai.

2. Esmu informēts(-a), ka valsts piedzīs izmaksāto kompensāciju, ja apzināti sniegtas nepatiesas ziņas, lai saņemtu atlīdzību.

3. Esmu informēts(-a), ka Zāļu valsts aģentūra, izskatot kompensācijas prasījuma iesniegumu, pieprasīs un saņems no manām vai manas pārstāvamās personas ārstniecības personām un/vai ārstniecības iestādēm pacienta medicīniskos dokumentus, kā arī nosūtīs manus vai manas pārstāvamās personas medicīniskos dokumentus trešajām personām (ārstiem speciālistiem) saskaņā ar Vispārīgās datu aizsardzības regulas 6. panta 1. punkta "e" apakšpunktu un 9. panta 2. punkta "h" apakšpunktu.

4. Kompensācija par kompensācijas prasījuma iesniegumā minēto ārstniecību civilprocesa ietvaros nav saņemta. Ja šajā punktā minētā informācija mainīsies, apņemos septiņu dienu laikā par to informēt Zāļu valsts aģentūru.

Lēmumu piekrītu saņemt\*:

 uz šajā kompensācijas prasījuma iesniegumā norādīto e-pasta adresi

 pa pastu uz šajā kompensācijas prasījuma iesniegumā norādīto pasta adresi

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Datums\*\* |  |  |  |

(vārds, uzvārds, paraksts)

Piezīmes.  
1. \* Ja ir aktivizēts oficiālās elektroniskās adreses konts, lēmums tiks nosūtīts uz oficiālo elektronisko adresi.  
2. \*\* Dokumenta rekvizītus "datums" un "paraksts" neaizpilda, ja elektroniskais dokuments sagatavots atbilstoši normatīvajiem aktiem par elektronisko dokumentu noformēšanu.