**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*(ārstniecības iestādes nosaukums)*

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*(ārstniecības iestādes kods)*

**Apliecinājums par ultrasonogrāfijas izmeklējumu veikšanu I un II grūtniecības trimestrī grūtniecēm ar fizioloģiski noritošu grūtniecību**

Ar šo apliecinu, ka **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,**

*(ārstniecības iestādes nosaukums)*

apņemas veikt no valsts budžeta līdzekļiem apmaksātus ultrasonogrāfijas izmeklējumus I un II grūtniecības trimestrī grūtniecēm ar fizioloģiski noritošu grūtniecību, ievērojot šādus nosacījumus:

1.Izmeklējumus veiks sertificēts ginekologs (dzemdību speciālists) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(vārds, uzvārds, ārstniecības personas identifikators)*

kurš atbilst Ministru kabineta2006.gada 25.jūlija noteikumu Nr.611 „Dzemdību palīdzības nodrošināšanas kārtība” 5.pielikuma 1.1.apakšpunktā noteiktajām prasībām;

2.Izmeklējumi tiks veikti ar ultrasonogrāfijas aparātu, kas nav vecāks par desmit gadiem un atbilst Ministru kabineta 2006.gada 25.jūlija noteikumu Nr.611 „Dzemdību palīdzības nodrošināšanas kārtība” 5.pielikuma 1.4.apakšpunktā noteiktajām prasībām;

3.Par izmaiņām Nacionālajam veselības dienestam tiks paziņots 2 (divu) darba dienu laikā no izmaiņu rašanās brīža.

202\_.gada \_\_\_\_.­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(iestādes vadītāja vārds, uzvārds, paraksts)*