

Ārstniecības iestādes nosaukums _____

Kods

Medicīniskā izziņa personas uzņemšanai sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijās

1. Izziņas izsniegšanas datums (*dd.mm.gggg*) ..

2. Izziņas numurs _____

3. Izziņa izsniegta _____

(vārds, uzvārds)

4. Personas kods -

5. Deklarētā dzīvesvieta _____

6. Slimības diagnoze, blakusslimības, to sarežģījumi (*atbilstoši SSK – 10.klasifikācijai¹*)

7. Invaliditāte (grupa, no kura gada) _____

8. Īpašas atzīmes (pārciestas slimības, medikamentozas un cita rakstura alerģiskas
reakcijas) _____

9. Kontakts ar infekcijas slimniekiem _____

10. Plaušu rentgens, fluorogrāfija (no 14 gadu vecuma) _____

11. Laboratoriskās izmeklēšanas rezultāti

12. Atzinums par personas veselības stāvokļa atbilstību sociālās aprūpes un sociālās
rehabilitācijas institūcijai

13. Ārsts _____

(paraksts un tā atšifrējums)

Piezīme.

¹*Starptautiskā statistiskā slimību un veselības problēmu klasifikācija (SSK – 10.redakcija).*