

Pieprasījums ģimenes ārstam

Preiļu novada Labklājības pārvaldes Dienas aprūpes centrs (turpmāk – DAC) , lai Jūsu pacientam (-ei)

/ vārds/

/ uzvārds/

/ personas kods/

/deklarētā dzīves vieta/

tiktu nodrošināts sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas pakalpojums DAC,
lūdz Jūs sagatavot šādus dokumentus:

1. Ģimenes ārsta izziņu (veidlapa Nr.027/u) par personas veselības stāvokli, norādot:
 - 1.1. funkcionālo spēju traucējumu smaguma pakāpi;
 - 1.2. medicīnisko kontraindikāciju* neesību;

2. Psihiatra atzinumu par speciālo (psihisko) kontraindikāciju neesību un piemērotāko sociālā pakalpojuma veidu personai ar garīga rakstura traucējumiem, ja sociālo pakalpojumu vēlas saņemt persona ar garīga rakstura traucējumiem vai bērns ar garīgās attīstības traucējumiem**.

* Saskaņā ar Ministru kabineta 21.04.2008. noteikumu Nr. 288 „Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības saņemšanas kārtība” 3.3. punktu medicīniskās kontraindikācijas ir plaušu tuberkuloze aktīvajā stadijā, akūtas infekcijas slimības, seksuāli transmisīvās slimības;

** Saskaņā ar Ministru kabineta 21.04.2008. noteikumu Nr. 288 „Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības saņemšanas kārtība” 1.pielikumu

Ar savu parakstu apliecinu, ka piekrītu iepriekš tekstā pieprasīto ziņu par mani sniegšanai:

datums

/paraksts, paraksta atšifrējums/