



“ALGORITMS L” SIA
Sakņu iela 14-1, Liepāja, LV-3405
LV42102026314

“ABdental” zobārstniecība

Pededzes ielā 10, Mārupē, LV-2167; marupe@abdental.lv

Lāčplēša ielā 54, Rīgā, LV-1011; rīga@abdental.lv

Tel: 27903903

Pacients

Vārds, Uzvārds: _____

Personas kods: _____ - _____

Pacienta likumiskais pārstāvis

Vārds, Uzvārds: _____

Personas kods: _____ - _____

Kontakttālrunis: _____

Piekrišana nepilngadīgā pacienta ārstēšanai

Es, _____ (pacienta likumiskā pārstāvja vārds, uzvārds), kā nepilngadīgā pacienta _____ (pacienta vārds, uzvārds) likumiskais pārstāvis, ar šo apliecinu savu piekrišanu pacientam patstāvīgi apmeklēt ABdental zobārstniecības klīniku, un klīnikas zobārstiem veikt nepilngadīgā pacienta ārstēšanu un ārstēšanai nepieciešamos rentģenoloģiskos izmeklējumus, balstoties uz zobārsta profesionālo kompetenci un pieredzi, un zobārstniecības klīnikā veikto diagnostiku bez likumiskā pārstāvja klātbūtnes.

Gadījumos, kad ieplānotā vizīte ir maksas un esmu par to iepriekš informēts/a vizītes reģistrācijas laikā vai / un saņemot atgādinājumu par ieplānoto vizīti (rakstiski vai mutiski), apņemos segt visus ar ārstēšanu saistītos izdevumus pilnā apmērā pēc ABdental zobārstniecības klīnikas cenrāža.

- ☐ Šī piekrišana attiecināma uz nepilngadīgā pacienta vienreizēju ārstēšanu ____/____/____ (dd/mm/gggg).
- ☐ Šī piekrišana attiecināma uz visu turpmāko nepilngadīgā pacienta ārstēšanu periodā no ____/____/____ līdz ____/____/____ (dd/mm/gggg līdz dd/mm/gggg).
- ☐ Šī piekrišana attiecināma uz visu turpmāko ārstēšanu zobārstniecības klīnikā ABdental.

Datums: ____/____/____

Pacienta likumiskā pārstāvja paraksts un atšifrējums:
