

**Nosūtījums rentgena, ultrasonogrāfijas un/vai ehokardiogrāfijas
pakalpojumu saņemšanai Valgā**

Referral for receiving the x-ray, ultrasound and/or echocardiography services in Valga

1. Iestādes nosaukums un adrese, kam paredzēts nosūtījums /
Name and address of the institution, which the referral is intended for:

AS „Valga Haigla”, Peetri 2, Valga 68206, Eesti

2. Pacienta vārds, uzvārds / Name, surname of the patient:

3. Pacienta personas kods / Personal identity number of the patient:

-

4. Deklarētā dzīvesvieta / Declared address of residence:

_____ **Valkas novads, Latvijas Republika**
Valka municipality, Republic of Latvia

5. Lūdzu veikt pacientam (atzīmēt nepieciešamo) / Please, provide for the patient (*mark the appropriate*):

5.1. **rentgena pakalpojums /** x-ray service

lokālizācija / localisation _____

5.2. **ultrasonogrāfijas pakalpojums /** ultrasound service

lokālizācija / localisation _____

5.3. **ehokardiogrāfija /** echocardiography

1. **Diagnoze atbilstoši SSK10 /** Diagnosis according to ICD10 _____

6. Apraksts (īsa anamnēze) / Description (brief anamnesis):

7. Ārstniecības persona, kas aizpildījusi nosūtījumu / Medical person, who filled in the referral:

_____ *(ārstniecības iestāde, ārsta specialitāte, vārds, uzvārds / medical institution, doctor's speciality, name, surname)*

_____ *(paraksts / signature)*

Datums (dd/mm/gggg) / Date (dd/mm/yyyy): _____ / _____ / _____