

Pacienta apliecinājums

Es, _____
(vārds, uzvārds)

_____, saskaņā ar Ministru kabineta noteikumu Nr. 555
(personas kods)

4.3.3. punktu, apstiprinu, ka no valsts budžeta līdzekļiem nav bijušas apmaksātas trīs neveiksmīgas medicīniskās apaugļošanas procedūras (pēc embrija transfēra nav iestājusies klīniski apstiprināta grūtniecība) līdz 40 gadu vecumam, kā arī pēc šī vecuma sasniegšanas, ja līdz 40 gadu vecumam uzsāktā olšūnu stimulācija ar medikamentiem ir bijusi veiksmīga un medicīniskā apaugļošana bija turpināta līdz embrija transfēram bez tā sasaldēšanas (atzīmēt atbilstoši):

Nav bijušas

Ir bijusi viena

Ir bijušas divas

Ir bijušas trīs vai vairāk

Rīgā, _____
(datums) (paraksts)