

PATVIRTINTA
Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro
2001 m. lapkričio 9 d. įsakymu Nr. 583
(Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos
ministro 2022 m. kovo 4 d. įsakymo
Nr. V-483 redakcija)

(Forma Nr. 025-025-2/a „Prašymas leisti gydytis pas kitą pasirinktos pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos ar psichikos sveikatos centro gydytoją“)

**PRAŠYMAS
LEISTI GYDYTIS PAS KITĄ PASIRINKTOS PIRMINĖS AMBULATORINĖS ASMENS
SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOS GYDYTOJĄ**

Aš, _____,
(vardas, pavardė)

asmens kodas ,

gyvenantis _____,
(adresas)

prašau leisti pasirinkti kitą šeimos gydytoją. Pasirenkamo gydytojo

(vardas) _____ (pavardė) _____ šeimos gydytoja
(specialybė)

(Data)

Asmens (globėjo) parašas _____

Pildo įstaigos personalas

Gydytojo ID _____

Registruota įstaigoje

(Data) Nr. _____

Atsakingas įstaigos darbuotojas

(Pareigos) _____ (Parašas) _____ (Vardas, pavardė)