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 AR PSICHIKOS SVEIKATOS CENTRO GYDYTOJĄ**

Aš, ,

(vardas, pavardė)

asmens kodas □□□□□□□□□□□,

gyvenantis ,

(adresas)

prašau leisti pasirinkti kitą gydytoją. Pasirenkamo gydytojo

.

(vardas) (pavardė) (specialybė)

(Data)

Asmens (globėjo) parašas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Pildo įstaigos personalas*

Gydytojo ID

Registruota įstaigoje

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nr.

(Data)

Atsakingas įstaigos darbuotojas

(Pareigos) (Parašas) (Vardas, pavardė)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_