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)

_____