PATVIRTINTA
Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro
2001 m. lapkričio 9 d. įsakymu Nr. 583
(Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro
2025 m. birželio 30 d. įsakymo Nr. V-604
redakcija)

(Forma Nr. 025-025-1/a „Prašymas leisti gydytis pasirinktoje pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigoje ar psichikos sveikatos centre“)

PRAŠYMAS
LEISTI GYDYTIS PASIRINKTOJE PIRMINĖS AMBULATORINĖS ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOJE AR PSICHIKOS SVEIKATOS CENTRE

Aš, _____ ,
(vardas ir pavardė)

asmens kodas ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐,
gyvenantis _____ .
(adresas)

I DALIS. PIRMINĖ ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪRA

prašau mane įrašyti į _____aptarnaujamų
(pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos pavadinimas)

asmenų sąrašą. Norėčiau pasirinkti šį gydytoją: _____ ;
(vardas ir pavardė)

II. DALIS. PIRMINĖ PSICHIKOS SVEIKATOS PRIEŽIŪRA

prašau mane įrašyti į _____ aptarnaujamų
(pirminės psichikos sveikatos priežiūros paslaugas teikiančios įstaigos pavadinimas)

asmenų sąrašą.

Patvirtinu, kad esu informuotas, jog:

1) galiu būti prirašytas prie psichikos sveikatos centro toje pačioje Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos aptarnaujamoje regioninės funkcinės sveikatos priežiūros teritorijoje, kurioje paslaugas teikia mano pasirinkta pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaiga (toliau – PAASPĮ), arba su ja besiribojančioje kitos regioninės funkcinės sveikatos priežiūros teritorijos savivaldybėje;

2) jei neužpildysiu šio prašymo II dalies „Pirminė psichikos sveikatos priežiūra“, būsiu priskirtas PAASPĮ, kurioje pasirinkau šeimos gydytoją (jeigu ši PAASPĮ pati teikia psichikos sveikatos priežiūros paslaugas), arba psichikos sveikatos centrui, su kuriuo ši PAASPĮ yra sudariusi sutartį dėl pirminės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo.

Data _____ Asmens (globėjo) parašas _____

Pildoma tik prireikus

Sutinku, kad gydytoją man paskirtų asmens sveikatos priežiūros įstaigos administracija.

Asmens (globėjo) parašas _____

Pildo įstaigos personalas
Įstaigos ID kodas _____
Gydytojo ID kodas _____
Prašymas registruotas įstaigoje
_____registracijos Nr. _____
(Data)
Atsakingas įstaigos darbuotojas

_____ _____ _____
(Pareigos) (Parašas) (Vardas ir pavardė)

_____