

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

(Data) Nr. _____

Atsakingas įstaigos darbuotojas

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