

(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, pavardė)  
asmens kodas \_\_\_\_\_, veikiantis asmeniškai (kaip įstatyminis  
atstovas      mano      nepilnamečio      vaiko)      (nereikalinga      išbraukti)  
\_\_\_\_\_  
(vardas, pavardė, asmens kodas)  
gyvenantis \_\_\_\_\_,  
(adresas)  
tel. Nr. \_\_\_\_\_, el.paštas \_\_\_\_\_,

**I DALIS. PIRMINĖ ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪRA**

prašau      įrašyti      mane      (mano      atstovaujamą      asmenį)  
\_\_\_\_\_ į UAB „Mano šeimos gydytojas“  
aptarnaujamų asmenų sąrašą.

Norėčiau pasirinkti šį gydytoją: \_\_\_\_\_.  
(vardas, pavardė)

**II. DALIS. PIRMINĖ PSICHIKOS SVEIKATOS PRIEŽIŪRA**

prašau mane (mano atstovaujamą asmenį) įrašyti / nesutinku, kad mane įrašytų (*išbraukti netinkamą*) į UAB „Mano šeimos gydytojas“ aptarnaujamų asmenų sąrašą. Norėčiau pasirinkti šį gydytoją: \_\_\_\_\_.  
(vardas, pavardė)

Patvirtinu, kad esu informuotas, jog galiu būti prirašytas prie psichikos sveikatos centro, veikiančio toje savivaldybėje, kurioje paslaugas teikia mano pasirinkta pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaiga. Jeigu savivaldybės teritorijoje yra tik vienas psichikos sveikatos centras, galiu būti prirašytas tik prie šio psichikos sveikatos centro. Jeigu savivaldybėje nėra psichikos sveikatos centro, galiu pasirinkti greta esančių savivaldybių, priklausančių tos pačios teritorinės ligonių kasos veiklos zonai, psichikos sveikatos centrus.

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, pavardė)