

(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)
