

Forma patvirtinta
Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro
2001 m. lapkričio 9 d. įsakymu Nr. 583
(Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro
2024 m. sausio 3 d. įsakymo Nr. V-7
redakcija) ir UAB „Mano šeimos gydytojas“
Direktoriaus 2024-03-22 įsakymu Nr. D30/24

(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 □□□□□□□□□□,
gyvenantis _____ ,
(adresas)

I DALIS. PIRMINĖ ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪRA

prašau mane įrašyti į UAB „Mano Šeimos Gydytojas“ aptarnaujamų asmenų sąrašą.

Norėčiau pasirinkti šį gydytoją: _____ ;
(vardas, pavardė)

II. DALIS. PIRMINĖ PSICHIKOS SVEIKATOS PRIEŽIŪRA

prašau mane įrašyti į UAB „Mano Šeimos Gydytojas“ Psichikos sveikatos centro aptarnaujamų asmenų sąrašą.

Patvirtinu, kad esu informuotas, jog:

1) galiu būti prirašytas prie psichikos sveikatos centro tos pačios teritorinės ligonių kasos veiklos zonoje, kurioje paslaugas teikia mano pasirinkta pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaiga;

2) jei neužpildysiu šio prašymo II dalies „Pirminė psichikos sveikatos priežiūra“, būsiu priskirtas UAB „Mano Šeimos Gydytojas“ Psichikos sveikatos centrui.

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)