PATVIRTINTA

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2001 m. lapkričio 9 d. įsakymu

Nr. 583 forma Nr. 025-025-2/a

**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) |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_