

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**

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)
