

PATVIRTINTA
Lietuvos Respublikos
sveikatos apsaugos ministro
2001 m. lapkričio 9 d. įsakymu Nr.583

forma Nr. 025-025-2/a

**PRAŠYMAS
GYDYTIS PAS KITĄ PASIRINKTOS PIRMINĖS ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOS
GYDYTOJĄ**

Aš, _____,
(vardas, pavardė)

asmens kodas

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

gyvenantis _____,
(adresas)

prašau leisti pasirinkti kitą gydytoją

(vardas) (pavardė) (specialybė)

Data _____

Asmens (globėjo) parašas _____

Pildo įstaigos personalas

Gydytojo ID _____

Registruota įstaigoje

Data _____ Nr. _____

Atsakingas įstaigos darbuotojas

(pareigos) (parašas) (vardas, pavardė)