

PATVIRTINTA

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro

2001 m. lapkričio 9 d. įsakymu Nr. 583

forma Nr. 025-025-2/a

## PRAŠYMAS GYDYTISPAS 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 \_\_\_\_\_ registracijos Nr. \_\_\_\_\_  
(data)

Atsakingas įstaigos darbuotojas \_\_\_\_\_  
(pareigos) (parašas) (vardas, pavardė)