

(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)

telefono.Nr. _____, el.paštas _____.

I DALIS. PIRMINĖ ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪRA

prašau mane įrašyti į VŠĮ ELEKTRĖNU SAVIVALDYBĖS SVEIKATOS CENTRO
aptarnaujamų (pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos
pavadinimas)

asmenų sąrašą. **Norėčiau pasirinkti šį gydytoją:** _____;
(vardas, pavardė)

II. DALIS. PIRMINĖ PSICHIKOS SVEIKATOS PRIEŽIŪRA

prašau mane įrašyti į _____ aptarnaujamų asmenų sąrašą.
(pirminės psichikos sveikatos priežiūros paslaugas teikiančios įstaigos pavadinimas)

Patvirtinu, kad esu informuotas, jog:

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 (toliau – PAASPI);

jei neužpildysiu šio prašymo II dalies „Pirminė psichikos sveikatos priežiūra“, būsiu priskirtas PAASPI,
kurioje pasirinkau šeimos gydytoją (jeigu ši PAASPI pati teikia psichikos sveikatos priežiūros paslaugas), arba
psichikos sveikatos centrui, su kuriuo ši PAASPI yra sudariusi sutartį dėl pirminės psichikos sveikatos priežiūros
paslaugų teikimo.

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 **5 7 9** _____

Gydytojo ID kodas _____

Prašymas registruotas įstaigoje

_____ registracijos Nr. _____

(Data)

Atsakingas įstaigos darbuotojas

(Pareigos)

(Parašas)

(Vardas, pavardė)