

PATVIRTINTA
Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos
Ministro 2001 m. lapkričio 9 d.
įsakymu Nr. 583
forma Nr. 025-025-1/a

APPROVED BY
the Order No. 583 of the Minister
of Health of the Republic of Lithuania
of 9 November 2001
Form No 025-025-1/a

PRAŠYMAS
GYDYTIS PASIRINKTOJE PIRMINĖS ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOJE
APPLICATION
FOR TREATMENT AT A SELECTED PRIMARY HEALTH CARE
FACILITY

Aš / I _____ ,
(vardas, pavardė / name, surname)

asmens kodas / personal identification number □□□□□□□□□□,
gyvenantis / residing at _____ ,
(adresas / address)

Prašau mane įrašyti į aptarnaujamų asmenų sąrašus / hereby request to include me in the list of persons registered at

(įstaigos pavadinimas / name of the facility)

Pas gydytoją / and assign me to the family doctor _____ (vardas / name) _____ (pavardė / surname)

Data / Date _____

Asmens (globėjo) parašas / Person's (caregiver's) signature

Pildoma tik prireikus / To be completed only if necessary

Sutinku, kad gydytoją man paskirtų PASPI administracija / I agree to allow the administration of the primary personal health care facility to assign a family doctor for me
Asmens (globėjo) parašas / Person's (caregiver's) signature _____

Pildo įstaigos personalas / To be completed by the facility's personnel

Įstaigos ID kodas / Facility ID number _____

Gydytojo ID kodas / Doctor ID number _____

Prašymas registruotas įstaigoje / The application has been registered with the facility

_____ Registracijos Nr. / Registration No _____
(data / date)

Atsakingas įstaigos darbuotojas / Responsible employee

_____ (pareigos / position)

_____ (parašas / signature)

_____ (vardas / name, pavardė / surname)