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)