

**PRAŠYMAS**  
**LEISTI GYDYTIS PASIRINKTOJE PIRMINĖS AMBULATORINĖS ASMENS**  
**SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOJE AR PSICHIKOS SVEIKATOS CENTRE**

Aš, \_\_\_\_\_ ,  
(vardas, pavardė)

asmens kodas □□□□□□□□□□,  
gyvenantis \_\_\_\_\_ ,  
(adresas)

**I DALIS. PIRMINĖ ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪRA**

prašau mane įrašyti į \_\_\_\_\_ 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 / nesutinku, kad mane įrašytų (*išbraukti netinkamą*) į \_\_\_\_\_ aptarnaujamų  
(pirminės psichikos sveikatos priežiūros paslaugas teikiančios įstaigos pavadinimas)  
asmenų sąrašą. Norėčiau pasirinkti šį gydytoją: \_\_\_\_\_ .  
(vardas, pavardė)

Patvirtinu, kad esu informuotas, jog galiu būti prirašytas prie psichikos sveikatos centro, veikiančio toje savivaldybėje, kurioje paslaugas teikia mano pasirinkta pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaiga. Jeigu savivaldybės teritorijoje yra tik vienas psichikos sveikatos centras, galiu būti prirašytas tik prie šio psichikos sveikatos centro. Jeigu savivaldybėje nėra psichikos sveikatos centro, galiu pasirinkti greta esančių savivaldybių, priklausančių tos pačios teritorinės ligonių kasos veiklos zonai, psichikos sveikatos centrus.

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 \_\_\_\_\_

Gydytojo ID kodas \_\_\_\_\_

Prašymas registruotas įstaigoje  
\_\_\_\_\_ registracijos Nr. \_\_\_\_\_  
(Data)

Atsakingas įstaigos darbuotojas

\_\_\_\_\_  
(Pareigos)

\_\_\_\_\_  
(Parašas)

\_\_\_\_\_  
(Vardas, pavardė)