Forma patvirtinta
Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro
2001 m. lapkričio 9 d. įsakymu Nr. 583
(Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro
2024 m. sausio 3 d. įsakymo Nr. V-7
redakcija)

(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)

I DALIS. PIRMINĖ ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪRA

prašau mane įrašyti į viešosios įstaigos Marijampolės pirminės sveikatos priežiūros centro aptarnaujamų asmenų sąrašą. Norėčiau pasirinkti šį gydytoją: _____ ;
(vardas, pavardė)

II. DALIS. PIRMINĖ PSICHIKOS SVEIKATOS PRIEŽIŪRA

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

asmenų sąrašą.

Patvirtinu, kad esu informuotas, jog:

1) 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 – PAASPĮ);

2) jei neužpildysiu šio prašymo II dalies „Pirminė psichikos sveikatos priežiūra“, būsiu priskirtas PAASPĮ, kurioje pasirinkau šeimos gydytoją (jeigu ši PAASPĮ pati teikia psichikos sveikatos priežiūros paslaugas), arba psichikos sveikatos centrui, su kuriuo ši PAASPĮ 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 _____
Gydytojo ID kodas _____
Prašymas registruotas įstaigoje
_____ registracijos Nr. _____
(Data)

Atsakingas įstaigos darbuotojas

_____	_____	_____
(Pareigos)	(Parašas)	(Vardas, pavardė)