

PATVIRTINTA

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro
2001 m. lapkričio 9 d. įsakymu Nr. 583
(Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro
2026 m. liepos 10 d. įsakymo Nr. V-678
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 ir pavardė)

asmens kodas □□□□□□□□□□,

tel. Nr. _____

gyvenantis (-i) _____,
(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 ir 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 (-a), jog:

1) galiu būti prirašytas (-a) prie psichikos sveikatos centro toje pačioje Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos aptarnaujamoje regioninės funkcinės sveikatos priežiūros teritorijoje, kurioje paslaugas teikia mano pasirinkta pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaiga (toliau – PAASPI), arba su ja besiribojančioje kitos regioninės funkcinės sveikatos priežiūros teritorijos savivaldybėje;

2) jei neužpildysiu šio prašymo II dalies „Pirminė psichikos sveikatos priežiūra“, būsiu priskirtas (-a) 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 _____

Gydytojo ID kodas _____

Prašymas registruotas įstaigoje
_____ registracijos Nr. _____

(Data)

Atsakingas įstaigos darbuotojas

(Pareigos)

(Parašas)

(Vardas ir pavardė)
