

PATVIRTINTA
Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos
ministro 2001 m. lapkričio 9 d.
įsakymu Nr. 583

forma Nr. 025-025-2/a

**PRAŠYMAS
GYDYTIS PAS KITĄ PASIRINKTOS PIRMINĖS ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS
ĮSTAIGOS GYDYTOJĄ**

Aš _____,

(vardas, pavardė)

asmens kodas ,

gyvenantis _____,

(adresas)

prašau leisti pasirinkti kitą gydytoją

(vardas)

(pavardė)

(specialybė)

(data)

Asmens (globėjo) parašas _____

Pildo įstaigos personalas

Gydytojo ID _____

Registruota įstaigoje

Data _____ Nr. _____

Atsakingas įstaigos darbuotojas

(pareigos)

(parašas)

(vardas, pavardė)