

PATVIRTINTA

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro  
2001 m. lapkričio 9 d. įsakymu Nr. 583  
(Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos  
ministro 2022 m. kovo 4 d. įsakymo  
Nr. V-483 redakcija)

**(Forma Nr. 025-025-2/a „Prašymas leisti gydytis pas kitą pasirinktos pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos ar psichikos sveikatos centro gydytoją“)**

**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

\_\_\_\_\_  
(Data) Nr. \_\_\_\_\_

Atsakingas įstaigos darbuotojas

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

\_\_\_\_\_  
(Parašas)

\_\_\_\_\_  
(Vardas, pavardė)