

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)