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)

_____