PRAŠYMAS
GYDYTIS PAS KITĄ PASIRINKTOS PIRMINĖS ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOS GYDYTOJĄ

PATVIRTINTA
Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro
2001 m. lapkričio 9 d. įsakymu Nr.583
Forma Nr. 025-025-2/a

Aš, _____,
(vardas, pavardė)

asmens kodas | | | | | | | | | | | |

gyvenantis, _____,
(adresas)

prašau leisti pasirinkti kitą gydytoją

_____ _____ _____
(vardas) *(pavardė)* *(specialybė)*

_____
(data)

Asmens (globėjo) parašas _____

Pildo įstaigos personalas

Gydytojo ID kodas _____

Registruota įstaigoje

Data _____ Nr. _____

Atsakingas įstaigos darbuotojas

_____ _____ _____
(pareigos) *(parašas)* *(vardas, pavardė)*