

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)