

(Forma Nr. 025-025-1/a „Prašymas leisti gydytis pasirinktoje pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigoje ar psichikos sveikatos centre“)

**PRAŠYMAS
LEISTI GYDYTIS PASIRINKTOJE PIRMINĖS AMBULATORINĖS ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS
ĮSTAIGOJE IR PSICHIKOS SVEIKATOS CENTRE**

Aš, _____ ,
(vardas, pavardė)

asmens kodas

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

gyvenantis _____ ,
(adresas)

I DALIS. PIRMINĖS ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪRA

prašau mane įrašyti į _____ **VšĮ Širvintų rajono savivaldybės sveikatos centro** _____ aptarnaujamų
(pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos pavadinimas)

asmenų sąrašą. Norėčiau pasirinkti šį gydytoją: _____ ;
(vardas, pavardė)

II DALIS. PIRMINĖS PSICHIKOS SVEIKATOS PRIEŽIŪRA

prašau mane įrašyti _____ aptarnaujamų
(pirminės psichikos sveikatos priežiūros paslaugas teikiančios įstaigos pavadinimas)
asmenų sąrašą.

Patvirtinu, kad esu informuotas, jog

1) galiu būti prirašytas prie psichikos sveikatos centro tos pačios teritorinės ligonių kasos veiklos zonoje, kurioje paslaugas teikia mano pasirinkta pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaiga (toliau – PAASPI);

2) jei neužpildysiu šio prašymo II dalies „Pirminės psichikos sveikatos priežiūra“, būsiu priskirtas PAASPI, kurioje pasirinkau šeimos gydytoją (jeigu ši PAASPI pati teikia psichikos sveikatos priežiūros paslaugas), arba psichikos sveikatos centrui, su kuriuo ši PAASPI yra sudariusi sutartį dėl pirminės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo.

Data _____ Asmens (globėjo) parašas _____

Pildoma tik prireikus

Sutinku, kad gydytoją man paskirtą asmens sveikatos priežiūros įstaigos administracija.

Asmens (globėjo) parašas _____

Pildo įstaigos personalas

Įstaigos ID kodas _____

Gydytojo ID kodas _____

Prašymas registruotas įstaigoje

_____ registracijos Nr. _____

(Data)

Atsakingas įstaigos darbuotojas

(Pareigos)

(Parašas)

(Vardas, pavardė)