PATVIRTINTA

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro

2001 m. lapkričio 9 d. įsakymu Nr. 583

forma Nr. 025-025-1/a

**PRAŠYMAS**

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

Aš,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(vardas, pavardė)

asmens kodas □□□□□□□□□□□,

gyvenantis\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(adresas)

**I DALIS. PIRMINĖ ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪRA**

prašau mane įrašyti į **VšĮ Šiaulių centro poliklinikos** aptarnaujamų asmenų sąrašą.

(pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigos pavadinimas)

Norėčiau pasirinkti šį gydytoją: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(vardas, pavardė)

**II. DALIS. PIRMINĖ PSICHIKOS SVEIKATOS PRIEŽIŪRA**

prašau mane įrašyti / ~~nesutinku, kad mane įrašytų~~ (*išbraukti netinkamą*) į **VšĮ Šiaulių centro** (pirminės psichikos sveikatos

**poliklinikos** aptarnaujamų asmenų sąrašą.

priežiūros paslaugas teikiančios įstaigos pavadinimas)

Norėčiau pasirinkti šį gydytoją-psichiatrą: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(vardas, pavardė)

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 – PAASPĮ);

2) jei neužpildysiu šio prašymo II dalies „Pirminė psichikos sveikatos priežiūra“ ir iki einamojo mėnesio paskutinės dienos neprisirašysiu prie psichikos sveikatos centro, būsiu priskirtas PAASPĮ, kurioje pasirinkau šeimos gydytoją (jeigu ši PAASPĮ pati teikia psichikos sveikatos priežiūros paslaugas), arba psichikos sveikatos centrui, su kuriuo ši PAASPĮ yra sudariusi sutartį dėl pirminės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo.

Data Asmens (globėjo) parašas

**Pildoma tik prireikus**

Sutinku, kad gydytoją man paskirtų 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)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_