

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

Aš, _____,
(vardas, pavardė)

asmens kodas

gyvenantis _____,
(adresas)

Tel.nr. _____

I DALIS. PIRMINĖ ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪRA

prašau mane įrašyti į Kauno klinikų Šeimos medicinos klinikos aptarnaujamų asmenų sąrašą. Norėčiau

pasirinkti šį gydytoją: _____.
(gydytojo vardas, pavardė)

II. DALIS. PIRMINĖ PSICHIKOS SVEIKATOS PRIEŽIŪRA

Sutinku

Nesutinku,

kad mane įrašytų į Kauno klinikų Šeimos medicinos klinikos PSC aptarnaujamų asmenų sąrašą.

Norėčiau pasirinkti šį gydytoją:

Danguolė Žaliauskienė Marija Audronė Brazaitienė

Patvirtinu, kad esu informuotas, jog galiu būti prirašytas prie psichikos sveikatos centro, veikiančio toje savivaldybėje, kurioje paslaugas teikia mano pasirinkta pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaiga. Jeigu savivaldybės teritorijoje yra tik vienas psichikos sveikatos centras, galiu būti prirašytas tik prie šio psichikos sveikatos centro. Jeigu savivaldybėje nėra psichikos sveikatos centro, galiu pasirinkti greta esančių savivaldybių, priklausančių tos pačios teritorinės ligonių kasos veiklos zonai, psichikos sveikatos centrus.

Data _____ Asmens (globėjo) parašas _____

Pildoma tik prireikus

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

Asmens (globėjo) parašas _____

Pildo įstaigos personalas: (gydytojo vardas, pavardė)

Įstaigos ID kodas _____

Gydytojo ID kodas _____

Prašymas registruotas įstaigoje

_____ registracijos Nr. _____

(Data)

Atsakingas įstaigos darbuotojas

(Pareigos)

(Parašas)

(Vardas, pavardė)