

(Форма № 025-025-1/а "Заява про надання дозволу на лікування в обраному закладі первинної амбулаторно-поліклінічної допомоги або психіатричному центрі")

**ЗАПИТ  
НА ЛІКУВАННЯ У ВИБРАНІЙ ПЕРВИННОМУ АМБУЛАТОРНОМУ ЗАКЛАДІ  
МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ АБО ЦЕНТРА ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я**

Я, \_\_\_\_\_,  
(Ім'я, прізвище)

Персональний код 

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

життя \_\_\_\_\_,  
(адресу та номер телефону)

**ЧАСТИНА I. ПЕРВИННА ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я ОСОБИ**

будь ласка, зареєструйте мене ЛСМУЛ КК амбулаторії сімейної медицини до обслуговування списку осіб. Я б вибрала цього лікаря: \_\_\_\_\_  
(Ім'я, прізвище)

**II. ЧАСТИНА ПЕРВИННА ПСИХІЧНА ДОПОМОГА**

Я згоден

Я не згоден

бути зареєстрованим в ЛСМУЛ КК амбулаторії сімейної медицини до обслуговування списку осіб. Я б вибрала цього лікаря:

Дангуле Жалаяускене       Марія Аудроне Бразайтієне

Я підтверджую, що мене поінформували про те, що я можу стати на облік у центрі психічного здоров'я, що працює в муніципалітеті, де надає послуги заклад первинної медичної допомоги, який я вибрав. Якщо на території муніципалітету є тільки один психіатричний центр, я можу стати на облік лише в цьому психіатричному центрі. Якщо в муніципалітеті немає психіатричного центру, я можу вибрати психіатричні центри сусідніх муніципалітетів, які належать до однієї зони діяльності територіальної каси здоров'я.

Дата \_\_\_\_\_ Підпис особи (опікуна) \_\_\_\_\_

**Заповнюється тільки в разі необхідності**

Я згоден на призначення лікаря за мною адміністрацією персонального закладу охорони здоров'я.

Підпис особи (опікуна) \_\_\_\_\_

*Виконано працівниками закладу*

Ідентифікаційний код установи \_\_\_\_\_

Ідентифікаційний код лікаря \_\_\_\_\_

Заява реєструється в установі \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ реєстраційний номер \_\_\_\_\_

(Дата)

Відповідальний працівник закладу \_\_\_\_\_

(Обов'язки)

(Підпис)

(Ім'я, прізвище)