

(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 ВИБРАНОМУ 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
обслуговуваних

список осіб. Я б вибрала цього лікаря: _____
(Ім'я, прізвище)

II. ЧАСТИНА ПЕРВИННА ПСИХІЧНА ДОПОМОГА

будь ласка, зареєструйте мене / я не згоден бути зарахованим (видалити невідповідне) в ЛСМУЛ КК амбулаторії сімейної медицини до обслуговуваних список осіб. Я б вибрала цього лікаря:

- Дангуле Жалаяускене Рітіс Леонавічюс
 Марія Аудроне Бразайтієне (тривала відпустка) / Гінтаре Букаускайте

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)