

**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 Integruotų sveikatos paslaugų centro** 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 Vilniaus psichoterapijos ir psichoanalizės centro – Asmens sveikatos klinikos Panevėžio skyriaus** aptarnaujamų asmenų sąrašą.
(pirminės psichikos sveikatos priežiūros paslaugas teikiančios įstaigos pavadinimas)

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

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

Įstaigos ID kodas _____

Gydytojo ID kodas _____

Prašymas registruotas įstaigoje
_____ registracijos Nr. _____

(Data)

Atsakingas įstaigos darbuotojas

(Pareigos)

(Parašas)

(Vardas, pavardė)