

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

Aš, \_\_\_\_\_  
(vardas, pavardė)

asmens kodas            ,  
gyvenantis \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
(adresas)

**I DALIS. PIRMINĖ ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪRA**

prašau mane įrašyti į **UAB Sedulinos sveikatos centras** aptarnaujamų asmenų sąrašą.  
Norėčiau pasirinkti šį gydytoją: \_\_\_\_\_  
(vardas, pavardė)

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

prašau mane įrašyti \_\_\_\_\_ aptarnaujamų asmenų sąrašą.  
(pirminės psichikos sveikatos priežiūros paslaugas teikiančios įstaigos pavadinimas)

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 – PAASPI);

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