

PATVIRTINTA  
Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos  
ministro 2022 m. kovo 4 d. įsakymu Nr. V-483  
Forma Nr. 025-025-2/a

**PRAŠYMAS**  
**LEISTI GYDYTIS PAS KITAŲ PASIRINKTOS PIRMINĖS AMBULATORINĖS ASMENS**  
**SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOS AR PSICHIKOS SVEIKATOS CENTRO**  
**GYDYTOJĄ**

Aš, \_\_\_\_\_,  
(vardas, pavardė)

asmens kodas □□□□□□□□□□,

gyvenantis \_\_\_\_\_,  
(adresas)

prašau leisti pasirinkti kitą gydytoją. Pasirenkamo gydytojo

\_\_\_\_\_  
(vardas) (pavardė) (specialybė)

\_\_\_\_\_  
(Data)

Asmens (globėjo) parašas \_\_\_\_\_

*Pildo įstaigos personalas*

Gydytojo ID \_\_\_\_\_

Registruota įstaigoje

\_\_\_\_\_  
(Data) Nr. \_\_\_\_\_

Atsakingas įstaigos darbuotojas

\_\_\_\_\_  
(Pareigos) (Parašas) (Vardas, pavardė)