Sąnarių endoprotezavimo ir
sąnarių endoprotezų įsigijimo
išlaidų kompensavimo tvarkos
aprašo
3 priedas

(Prašymo implantuoti savo lėšomis įsigytą sąnario endoprotezą forma)

_____
(*Asmens sveikatos priežiūros įstaigos, kuriai teikiamas šis prašymas, pavadinimas*)
direktoriui

PRAŠYMAS IMPLANTUOTI SAVO LĖŠOMIS ĮSIGYTĄ SĄNARIO ENDOPROTEZĄ

_____
(*Data*)

VARDAS, PAVARDĖ _____
(*didžiosiomis raidėmis*)

Asmens kodas ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
Gyvenamosios vietos adresas (korespondencijai) _____
Telefono numeris _____

Esu informuotas (-a) apie galimybę nemokamai gauti kompensuojamąjį (*reikiamą pabraukti*):
DEŠINIOJO / KAIRIOJO
KLUBO / KELIO / PETIES / ALKŪNĖS / ČIURNOS / RIEŠINIO NYKŠČIO sąnario endoprotezą, tačiau pageidauju, kad man būtų implantuotas savo lėšomis įsigytas endoprotezas. Jo kaina – ..... Eur.

Operaciją skyrė gydytojas (-a), ją planuojama atlikti Jūsų vadovaujamoje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje 201.....m. .....mėn. .....d.
Esu įrašytas į kompensuojamojo sąnario endoprotezo skyrimo eilę ..... ligoninėje. Prašymo registracijos Nr. ..... .
(*asmens sveikatos priežiūros įstaigos pavadinimas*)

Su Sąnarių endoprotezavimo ir sąnarių endoprotezų įsigijimo išlaidų kompensavimo tvarkos aprašu esu susipažinęs (-usi).

_____ _____
(Vardas, pavardė) (Parašas)

_____