LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRO

Į S A K Y M A S

**DĖL LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRO 2004 M. RUGSĖJO 30 D. ĮSAKYMO Nr. V-694 „DĖL ODONTOLOGINĖS PRIEŽIŪROS (PAGALBOS) ĮSTAIGŲ LICENCIJAVIMO“ PAKEITIMO**

2013 m. balandžio 22 d. Nr. V-405

Vilnius

Pakeičiu Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. rugsėjo 30 d. įsakymą Nr. V-694 „Dėl odontologinės priežiūros (pagalbos) įstaigų licencijavimo“ (Žin., 2004, Nr. [150-5463](https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.CF3C7E1A6940); 2009, Nr. [110-4697](https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.EA29EEB6A48B)) ir išdėstau nurodytuoju įsakymu patvirtintą Paraiškos išduoti odontologinės priežiūros (pagalbos) įstaigos licencijos formą nauja redakcija (pridedama).

SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRAS VYTENIS POVILAS ANDRIUKAITIS

Forma patvirtinta

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. rugsėjo 30 d. įsakymu Nr. V-694

(Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. balandžio 22 d. įsakymo Nr. V-405

redakcija)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *(įstaigos pavadinimas)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | | | | | | | | | | | | | | |
| *(įstaigos kodas)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  | |  | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  | |  | | |  |  |
| *(buveinės adresas)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *A* |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  | | |
| *(telefonas / faksas)* | | | | | | | | | | *(elektroninis paštas)* | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Lietuvos Respublikos odontologų rūmų

odontologinės priežiūros (pagalbos) įstaigų licencijavimo komisijai

**PARAIŠKA IŠDUOTI ODONTOLOGINĖS PRIEŽIŪROS (PAGALBOS)**

**ĮSTAIGOS LICENCIJĄ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  | - |  |  | - |  |  | Nr. |  |

*(data)*

Prašau išduoti licenciją teikti:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ambulatorines odontologinės priežiūros (pagalbos) paslaugas**: |  |  |
| odontologijos |  |  |
| burnos chirurgijos |  |  |
| II lygio paslaugas |  |  |
| III lygio paslaugas |  |  |
| endodontologijos |  |  |
| II lygio paslaugas |  |  |
| III lygio paslaugas |  |  |
| ortodontijos |  |  |
| II lygio paslaugas |  |  |
| III lygio paslaugas |  |  |
| ortopedinės odontologijos |  |  |
| II lygio paslaugas |  |  |
| III lygio paslaugas |  |  |
| periodontologijos |  |  |
| II lygio paslaugas |  |  |
| III lygio paslaugas |  |  |
| vaikų odontologijos |  |  |
| II lygio paslaugas |  |  |
| III lygio paslaugas |  |  |
| burnos, veido ir žandikaulių chirurgijos |  |  |
| II lygio paslaugas |  |  |
| III lygio paslaugas |  |  |
| **Stacionarines odontologinės priežiūros (pagalbos) paslaugas**: |  |  |
| suaugusiųjų burnos, veido ir žandikaulių chirurgijos: |  |  |
| II lygio paslaugas |  |  |
| III lygio paslaugas |  |  |
| vaikų burnos, veido ir žandikaulių chirurgijos |  |  |
| II lygio paslaugas |  |  |
| III lygio paslaugas |  |  |
| suaugusiųjų burnos chirurgijos: |  |  |
| II lygio paslaugas |  |  |
| III lygio paslaugas |  |  |
| vaikų burnos chirurgijos: |  |  |
| II lygio paslaugas |  |  |
| III lygio paslaugas |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Burnos priežiūros paslaugas**: |  |  |
| dantų techniko |  |  |
| gydytojo odontologo padėjėjo |  |  |
| burnos higienisto |  |  |

PRIDEDAMA:

1. Įstaigos filialų (jei tokių yra) sąrašas, kuriame nurodomi filialų adresai, telefonų numeriai, \_\_\_\_\_ (lapų skaičius).

2. Įsipareigojimas drausti civilinę atsakomybę už pacientams padarytą žalą, \_\_\_\_\_ (lapų skaičius).

Su Odontologijos priežiūros (pagalbos) licencijavimo taisyklėmis susipažinau.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (*įstaigos vadovo ar jo įgalioto asmens pareigų pavadinimas)*  (A. V.) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(parašas)* | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (*įstaigos vadovo ar jo įgalioto asmens vardas ir pavardė)* |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_