|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Pareiškėją identifikuojantys duomenys** | \* Vardas (-ai), pavardė (-ės) |  |
| \* Asmens kodas |  |
| **Kontaktiniai duomenys** | \* Kontaktiniai duomenys informavimui dėl prieigos teisių suteikimo *(pasirinktinai)*: |  |
| Elektroninio pašto adresas |  |
| Telefono numeris |  |
| Adresas |  |
| Elektroninio pristatymo dėžutė  (E. pristatymas) | Dėžutė aktyvuota. Dėžutė neaktyvuota. |

Valstybės įmonei Registrų centrui

**PRAŠYMAS**

**Dėl įgaliojimo suteikimo**

(Data)

(Vieta)

Prašau man, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, suteikti įgaliojimą atstovauti

*(Pareiškėjo vardas, pavardė)*

savo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a. k. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(Sūnų / dukrą / globotinį / globotinę, vardas, pavardė)  (Asmens kodas)*

portale E. sveikata ir Išankstinės pacientų registracijos informacinėje sistemoje.

Prašau suteikti prieigos teises matyti atstovaujamo asmens elektroninę sveikatos istoriją  
(toliau – ESI) ir atlikti šiuos veiksmus (*pažymėkite varnele*):

peržiūrėti visus medicininius dokumentus, įkeltus į paciento sveikatos istoriją;

matyti, tvarkyti ir registruoti vizitus pas specialistus Išankstinėje pacientų registravimo sistemoje;

įsigyti vaistinius preparatus ir medicininės pagalbos priemones pagal išrašytus elektroninius receptus.

PRIDEDAMA. (Teismo sprendimas / Pažyma / Įgaliojimas)

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

*(Vardas, pavardė) (Parašas)*