|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Pareiškėją identifikuojantys duomenys** | \* Vardas (-ai), pavardė (-ės)  |  |
| \* Asmens kodas  |  |
| **Kontaktiniaiduomenys** | \* 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)*