|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 PRIEIGOS TEISIŲ PRIE E. SVEIKATOS PORTALO IR IŠANKSTINĖS PACIENTŲ REGISTRACIJOS INFORMACINĖS SISTEMOS SUTEIKIMO**

(Data)

(Vieta)

Prašau \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a. k. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(Nurodykite asmens, kuriam prašoma suteikti prieigą, vardą, pavardę) (Asmens kodas)*

tel. Nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, suteikti prieigą prie E. sveikatos portalo ir Išankstinės
*(Asmens, kuriam prašoma suteikti prieigą)*

pacientų registracijos informacinės sistemos, kad nurodytas asmuo galėtų atstovauti man,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, E. sveikatos portale ir Išankstinės
*(Pareiškėjo vardas, pavardė)*

pacientų registracijos informacinėje sistemoje.

Sutinku, kad įgaliotas atstovas matytų mano elektroninę sveikatos istoriją (toliau – ESI) ir galėtų 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.

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

*(Vardas, pavardė) (Parašas)*