



TARANDĖS ŠEIMOS KLINIKA
JŪSŲ ŠEIMOS SVEIKATA MŪSŲ ŠEIMOS RŪPESTIS

(Paciento vardas, pavardė)

(Data)

PATVIRTINIMAS

Patvirtinu, jog jokioje kitoje gydymo įstaigoje man nėra anuliuota vairuotojo sveikatos patikrinimo pažyma.

(vardas, pavardė)

(Parašas)



TARANDĖS ŠEIMOS KLINIKA
JŪSŲ ŠEIMOS SVEIKATA MŪSŲ ŠEIMOS RŪPESTIS

SUTIKIMAS DĖL INFORMACIJOS APIE ASMENS SVEIKATOS BŪKLĘ SUTEIKIMO

Aš, _____
(vardas, pavardė, asmens kodas)

(gyvenamoji vieta ir gydymo įstaiga, kurioje esate registruotas)

sutinku, kad duomenys apie mano sveikatos būklę 027/a formoje, būtų suteikti UAB “Tarandės šeimos klinikai”.

(vardas, pavardė, parašas)

(data)

Kraujo grupė

I (O)	Rh D (+)	Rh D (-)
II (A)	Rh D (+)	Rh D (-)
III (B)	Rh D (+)	Rh D (-)
IV (AB)	Rh D (+)	Rh D (-)

Kategorijos

I gr.	A	A1	B	B1	BE	AM						
II gr.	C1	C1E	C	CE	D1	D1E	D	DE	TR1	TR2	SM	SZ

(ASPI)

(data)

SUTIKIMAS DĖL INFORMACIJOS TEIKIMO

Sutinku, kad asmens sveikatos priežiūros įstaigos suteiktų visa informaciją apie mane

(asmens vardas, pavardė)

UAB Tarandės šeimos klinikai.

Vardas, pavardė _____

Asmens kodas _____

Adresas _____

Telefonas _____

Parašas _____