

(apdraustojo vardas, pavardė – pildoma didžiosiomis raidėmis)

Apdraustojo asmens kodas

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresas .....

Telefonas .....

Valstybinės ligonių kasos prie  
Sveikatos apsaugos ministerijos  
direktoriui

## PRAŠYMAS KOMPENSUOTI AMBULATORINIO GYDYMO DEGUONIMI IŠLAIDAS

20\_\_ - \_\_ - \_\_ Nr. \_\_\_\_\_  
(pildymo data ir numeris)

Prašau kompensuoti ambulatorinio gydymo deguonimi išlaidas. Su Ambulatorinio gydymo deguonimi išlaidų kompensavimo tvarkos aprašu esu susipažinęs (-usi).

Apdraustojo parašas \_\_\_\_\_

### GYDYTOJŲ IŠVADOS

(pildo gydytojas)

Asmens sveikatos priežiūros įstaigos, teikiančios gydytojų išvadas, pavadinimas, adresas

.....  
.....

Klinikinė diagnozė, pagal kurią skiriamas ilgalaikis gydymas deguonimi, jos nustatymo data, kodas pagal TLK-10-AM:.....

#### Diagnostinių tyrimų rodikliai, tyrimų atlikimo data:

PaO<sub>2</sub> .....

SaO<sub>2</sub> .....

#### Koncentruoto deguonies poreikis:

deguonies srauto kiekis.....litrai per minutę;

deguonies vartojimo trukmė ..... valandos per parą.

Gydančiojo gydytojo vardas, pavardė, spaudas ir parašas .....

PRIDEDAMA. .... lapų.

\_\_\_\_\_  
(asmens sveikatos priežiūros įstaigos  
vadovo ar jo įgalioto asmens pareigos)

\_\_\_\_\_  
(parašas)

\_\_\_\_\_  
(vardas, pavardė)