

(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:

PaO₂

SaO₂

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)