



Ellend Községi Önkormányzat
Ellend, Petőfi u. 37.

Háziorvosi igazolás

Települési támogatásként nyújtandó egészségügyi támogatáshoz

I. A kérelmező személyes adatai

Neve:

Születési neve:

Anyja neve:

Születési hely, év, hó, nap:

Lakóhely:

Tartózkodási hely:

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

A háziorvos nyilatkozata:

Kérelmező egészségi állapota, diagnosztizált krónikus betegsége miatt rendszeres gyógyszeres kezelésre, rendszeres gyógyászati segédeszköz használatára szorul:

igen

nem.

Kérelmező esetében a rendszeres gyógyszeres kezelésnek minősül krónikus betegség kapcsán legalább 6 hónapot meghaladó gyógyszeres kezelés, a 6 hónapot meghaladó gyógyászati segédeszköz használat indokolt:

igen

nem.

(A megfelelő választ X-szel kell jelölni.)

II. A társadalombiztosítás által támogatott, 6 hónapot meghaladóan alkalmazott gyógyító ellátási szükségletre vonatkozó adatok

1. Havi rendszerességgel rendelt gyógyszerek, alkalmazott gyógyászati segédeszközök (pl. pelenka):

A betegség BNO kódja	Gyógyszer, gyógyászati segédeszköz megnevezése	Napi adagolás	Gyógyszer rendelésére vonatkozó jelzés	1 havi adag ára*	Megjegyzés

* Gyógyszertár vagy házi orvos által a kérelmező által fizetendő ár. Gyógyszertár általi beárazás esetén a beárazó gyógyszertár aláírása, pecsétje, vagy a kérelemhez csatolt külön igazolása szükséges.

A táblázatban a kérelmező krónikus betegsége kapcsán legalább 6 hónapot meghaladó valamennyi, a tb-támogatásba befogadott gyógyszert fel kell tüntetni.

III. Házi orvosra (intézményi orvosra) vonatkozó adatok, a házi orvos nyilatkozata

A házi orvos neve:

Személy-specifikus orvosi bélyegzőjének száma:

ÁNTSZ engedély száma:

Rendelő/munkahely neve, címe:

Telefonszáma:

Kijelentem, hogy az igazolásban feltüntetett gyógyító ellátásra vonatkozó szükséglet kizárólag az igénylő személy orvosi dokumentációjában igazolt kezelése alapján került megállapításra.

Dátum:

P. H.

.....

házi orvos aláírása