

Háziorvosi igazolás gyógyszer támogatáshoz

I. A kérelmező személyes adatai

Neve:
Születési neve:
Anyja neve:
Születési hely, év, hó, nap:
Lakóhely:
Tartózkodási hely:
Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

II. a) A kérelmező által rendszeresen, krónikus betegségére tekintettel – altató, étrend kiegészítő, nem vényköteles gyógyszer / egyéb készítmények/ gyógyászati segédeszközök, és vitaminkészítmény kivételével – szedett

havi gyógyszerköltség összege:.....Ft/hó

b) A krónikus betegség az igazolás kiállítását követő 1 évig fennáll * / nem áll fenn *

c) ismételt kérelem esetén töltendő *: a kérelmező havi gyógyszerköltsége az orvosi

dokumentáció alapján 20..... év..... hó napjátólFt-rólFt-ra emelkedett.

III. Háziorvosra vonatkozó adatok, a háziorvos nyilatkozata

A háziorvos neve:

Személy-specifikus orvosi bélyegzőjének száma:

Kijelentem, hogy az igazolásban feltüntetett havi gyógyszerköltség kizárólag a gyógyszer támogatást igénylő személy orvosi dokumentációjában igazolt kezelése alapján került megállapításra, és nem tartalmazza az esetlegesen szedhető altató, étrend kiegészítő, nem vényköteles gyógyszer / egyéb készítmények/ gyógyászati segédeszközök, és vitaminkészítmény költségét.

Dunaföldvár,év hónap

P. H.

.....
házi orvos aláírása

a * -gal jelölt résznél megfelelő aláhúzendó!