

Háziorvosi igazolás
Önkormányzathoz benyújtandó rendszeres 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 társadalombiztosítás által támogatott, tartósan alkalmazott gyógyító ellátási szükségletre vonatkozó adatok

1. Havi rendszerességgel rendelt gyógyszerek:

A betegség BNO kódja	ATC kód	TTT kód	Gyógy- szer megnevezése	Gyógy- szer- forma	Ható- anyag meg- neve- zése	A ható- anyag napi mennyi- sége	Napi adagolás	Gyógy- szer rende- lésére vonat- kozó jelzés ¹	Szak- orvos pecsét- száma ²	Megjegyzés

¹ Ebben a rovatban a 44/2004. (IV. 28.) ESzCsM rendelet 2. § (2) bekezdése szerinti jelzést kell feltüntetni.

² Ezt a rovatot akkor kell kitölteni, ha a gyógyszert csak szakorvos rendelheti vagy a javaslatot a szakorvos tette.

A táblázatban valamennyi, a kérelmező által szedett, tb-támogatásba befogadott gyógyszer fel kell tüntetni.

A „Megjegyzés” rovatban kell jelezni:

- ha a hatóanyagnak megfelelő készítmény rendelése indikációhoz kötött kiemelt vagy emelt támogatással történik, vagy
- a hatóanyag valamely formájával vagy bármely összetevővel szemben esetleg fennálló érzékenységet.

2. Gyógyászati segédeszközök és orvosi rehabilitáció céljából havonta rendszeresen rendelt gyógyító ellátások:

Szükséges eszköz, illetve kezelés

A betegség BNO kódja	ISO kód/GYF szolgáltatás kód	Formája, megnevezése	Rendelésének, ill. alkalmazásának gyakorisága (havi mennyisége)	Szakorvos pecsétszáma ³

1. A gyógyító ellátás havi költsége:..... Ft

III. Háziorvosra (intézményi orvosra) vonatkozó adatok, a háziorvos nyilatkozata

A háziorvos neve:

Személy-specifikus orvosi bélyegzőjének száma:

Ágazati azonosító:

ÁNTSZ engedély száma:

Rendelő/munkahely neve, címe:

Telefonszáma:

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

Dátum:

P. H.

.....
házi orvos aláírása

³ Ezt a rovatot akkor kell kitölteni, ha a javaslatot a szakorvos tette.