

## ORVOSI IGAZOLÁS

### A BIZTOSÍTOTT HAVI GYÓGYSZERKÖLTSÉGÉRŐL

#### 1. A kérelmező adatai

Viselt családi és utónév:	
Születési családi és utónév:	
Anyja születési családi és utóneve:	
Születési hely:	
Születési idő:	□□□□. év □□. hónap □□. nap
TAJ szám:	□□□ □□□ □□□
Lakcíme:	

#### 2. A kérelmező közgyógyellátásra jogosító igazolvánnyal rendelkezik-e?

- Igen  
 Nem

2.1. Amennyiben igen, a havi egyéni gyógyszerkerete: \_\_\_\_\_ forint

#### 3. A biztosított rendszeresen szedett havi gyógyszerei

Gyógyszer neve	A biztosított által fizetendő térítési díj

#### 4. Javasolt, de a társadalombiztosítás által nem támogatott gyógyszerek, gyógyhatású készítmények

Gyógyszer neve	A biztosított által fizetendő térítési díj

#### 5. A kezelőorvos egyéb észrevétele, közlendője

--

Kelt: \_\_\_\_\_, □□□□. év □□. hónap □□. nap

P.H.

\_\_\_\_\_  
Kezelőorvos aláírása