

## HÁZIORVOSI IGAZOLÁS

a gyógyszerkiadások, illetve a betegséghez kapcsolódó egyéb kiadások szükségességéről

### 1. A kérelmező személyes adatai

1.1. Neve: .....

1.2. Születési neve: .....

1.3. Anyja neve: .....

1.4. Születési hely, év, hó, nap: .....

1.5. Lakóhely: .....

1.6. Tartózkodási hely: .....

1.7. Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

### 2. Az 1. pontban feltüntetett személy betegségéhez kapcsolódóan az alábbi gyógyszerek, egyéb kiadások szükségességét igazolom:

gyógyszer neve	havi mennyisége

....., 20..... év ..... hó ..... nap

P.H.

.....  
házi orvos aláírása