

SZAKORVOSI JAVASLAT
CSALÁDTERVEZÉSI TÁMOGATÁS IGÉNYBEVÉTELÉHEZ

_____ szülész-nőgyógyász szakorvos igazolom, hogy
_____ (név) _____ (születési hely, idő)

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

 (TAJ-szám)

nőgyógyászati szakrendelésen a mai napon megjelent.

Javaslom részére a

- a) fogamzásgátló eszköz (spirál),
(*méhen belüli fogamzásgátló eszköz felhelyezését*)
- b) hormonális depo készítmény (injekció) biztosításával történő fogamzásgátlást.
(*aláhúzandó a szakorvosilag javasolt eszköz/készítmény*)

A javasolt fogamzásgátlás várható éves költségigénye: _____ Ft

A fogamzásgátlás hatásának várható időtartama: _____ nap

Kisújszállás, _____ év _____ hó ____ nap

szakorvos aláírása
bélyegzőjének lenyomata

A támogatást kérő nyilatkozata:

Alulírott _____ (név) _____ (lakcím)
nyilatkozom, hogy a támogatás keretében a nőgyógyász szakorvos által javasolt
fogamzásgátló eszközt, készítményt igénybe kívánom venni.

Tudomásul veszem, hogy a támogatás igénybevételének feltétele a rendszeres
nőgyógyászati szakrendelésen a szakorvos által meghatározott időpontban való
részvétel.

Kisújszállás, _____ év _____ hó ____ nap

támogatást kérő aláírása/törvényes
képviselője