

**Háziorvosi igazolás**

rendszeres gyógyszer támogatás megállapításához

*I. A kérelmező személyes adatai*

Neve: .....

Születési neve: .....

Anyja neve: .....

Születési hely, év, hó, nap: .....

Lakóhely: .....

Tartózkodási hely: .....

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: .....

A háziorvosi igazolás kiadására a rendszeres gyógyszer támogatásra való jogosultság megállapítása céljából kerül sor.

*II. A társadalombiztosítás által támogatott, tartósan alkalmazott gyógyszer szükségletre vonatkozó adatok*

## 1. Havi rendszerességgel rendelt gyógyszerek:

Ssz.	Gyógyszer megnevezése
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	

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

*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 rendszeres gyógyszer támogatást igénylő személy orvosi dokumentációjában igazolt kezelése alapján került megállapításra.

A kérelmező hozzájárult a havi rendszeres gyógyszer szükségletéről szóló igazolás kiállításához.

Dátum: .....

P. H.

.....  
házi orvos aláírása