

14. melléklet a 2/2015. (II. 17.) önkormányzati rendelethez

HÁZIORVOSI IGAZOLÁS RENDSZERES GYÓGYSZEREKRŐL

Települési gyógyszertámogatás iránti kérelemhez

Neve:

Születési neve:

Anyja neve:

Születési hely, év, hónap, nap:

Lakóhely:

Tartózkodási hely:

TAJ szám:

Alulírott igazolom, hogy fent nevezett betegem krónikus betegségben szenved, rendszeres gyógyszeres kezelése szükséges.

A fennálló krónikus betegség kezelésére, a krónikus betegségéhez közvetlenül kapcsolódóan, az alábbi gyógyszerek legalább 6 hónapot meghaladó időtartamú folyamatos szedése indokolt:

A háziorvosi igazolás kiadására a települési gyógyszertámogatás megállapítása céljából kerül sor.

Dátum:.....

P.H.

.....

házi orvos/kezelő orvos aláírása