

Háziorvosi igazolás**a gyógyszerkiadás viseléséhez nyújtott települési támogatás megállapításához****I. A kérelmező személyes adatai**

Neve:

Születési neve:

Anyja neve:

Születési hely, év, hó, nap:

Lakóhely:

Tartózkodási hely:

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

1. Havi rendszerességgel rendelget gyógyszerek, gyógyászati segédeszközök:

S. sz.	Gyógyszer, gyógyászati segédeszköz megnevezése	Havi gyógyszer és gyógyászati segédeszköz szükséglet	Fogyasztói ár
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			

Összes gyógyszerköltés
.....Ft

A táblázatban valamennyi, a kérelmező által legalább egy hónapja 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:

Rendelő/munkahely neve, címe:

Telefonszáma:

Kijelentem, hogy az igazolásban feltüntetett gyógyító ellátásra vonatkozó szükséglet kizárólag a gyógyszerkiadás viseléséhez nyújtott települési támogatást igénylő személy orvosi dokumentációjában igazolt kezelése alapján került megállapításra.

Dátum:

P. H.

.....
háziorvos aláírása

IV. A gyógyszerek beárazását végző gyógyszertárra vonatkozó adatok:

A gyógyszertár neve:.....

A gyógyszertár címe:.....

Telefonszáma:

Kijelentem, hogy a gyógyszerek ára a kiállítás napján hatályos, a fenti gyógyszertárra vonatkozó fogyasztói árak alapján kerültek megállapításra.

Dátum:

P. H.

.....
gyógyszerész aláírása