

4. melléklet

**ORVOSI IGAZOLÁS
GYÓGYSZERTÁMOGATÁSHOZ**

Kérelmező neve:

Születési neve:

Születési

helye: _____ ideje: _____. _____. ____

TAJ száma: □□□-□□□□-□□□□

Vényköteles gyógyszerek

Napi adagja

Vényköteles gyógyszerek	Napi adagja

Javaslom, hogy az igazolásban feltüntetett havi gyógyszerekhez nyújtott támogatást Pakod Község Önkormányzat Képviselő-testülete 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 havi időtartamban állapítsa meg.

Háziorvosra vonatkozó adatok, a háziorvos nyilatkozata

A háziorvos neve:

Személy-specifikus orvosi bélyegzőjének száma:

Kijelentem, hogy az igazolásban feltüntetett havi gyógyszerek kizárólag a gyógyszer támogatást igénylő személy orvosi dokumentációjában igazolt kezelése alapján került megállapításra, és nem tartalmazza az esetlegesen szedhető altató, étrend kiegészítő, nem vényköteles gyógyszer / egyéb készítmények/ gyógyászati segédeszközöket, és vitaminkészítményeket.

Pakod _____.

házi orvos aláírása