*4. melléklet*

**Háziorvosi igazolás**
**Önkormányzathoz benyújtandó rendszeres gyógyszertámogatáshoz**

***I. A kérelmező* személyes adatai**

Neve: .....

Születési neve: .....

Anyja neve: .....

Születési hely, év, hó, nap: .....

Lakóhely: .....

Tartózkodási hely: .....

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: .....

**A kiskorú jogosult adatai** (abban az esetben szükséges kitölteni, amennyiben kiskorú kapcsán merül fel a gyógyszerköltség):

Neve: .....

Születési neve: .....

Anyja neve: .....

Születési hely, év, hó, nap: .....

Lakóhely: .....

Tartózkodási hely: .....

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: .....

***II.* Havi rendszerességgel rendelt gyógyszerek:**

A táblázatban valamennyi a kérelmező részére, vagy az általa nevelt gyermek részére 6 hónapra vagy azt meghaladó időtartamra elrendelt gyógyszert fel kell tüntetni.

| A betegség BNO kódja | Gyógyszer megnevezése | Megjegyzés |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

***III. Háziorvosra vonatkozó adatok:***

A háziorvos neve: .....

ÁNTSZ engedély száma: .....

Rendelő/munkahely neve, címe: .....

Telefonszáma: .....

Kelt.: .....

P. H.

**.....**
**háziorvos aláírása**