

HÁZIORVOSI IGAZOLÁS

Mint nevezett személy háziiorvosa az alábbiakban igazolom, , hogy

Név:.....

Születési név:.....TAJ-SZÁM:.....

Anyja neve:.....

Születési hely,idő:.....

Lakóhely:.....

sám alatti lakos **krónikus betegségével összefüggő** havi rendszeres gyógyszer, vagy gyógyászati segédeszköz szüksége az alábbi:

Gyógyszer.....Térítési díj:.....Ft.

Gyógyszer.....Térítési díj:.....Ft.

Gyógyszer.....Térítési díj:.....Ft.

Gyógyszer.....Térítési díj:.....Ft.

Gyógyszer.....Térítési díj:.....Ft.

Gyógyászati segédeszközTérítési díj:.....Ft.

A j k a, 20.....év.....hó...nap

Háziiorvos aláírása, pecsétje: