

Baracska Község Önkormányzata
2471 Baracska, Kossuth Lajos u. 29. Tel.: 22/454-050, Fax: 22/454-052

Háziorvosi igazolás
a települési gyógyszer támogatás megállapításához

I. A kérelmező személyes adatai

Neve:

Születési neve:

Anyja neve:

Születési hely, év, hó, nap:

Lakóhely:

Tartózkodási hely:

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

II. A társadalombiztosítás által támogatott, tartósan alkalmazott rendszeres gyógyszer szükségletre vonatkozó adatok

1. Havi rendszerességgel rendelt gyógyszerek:

Gyógyszer megnevezése	Gyógyszerforma	Rendelte		Támogatás			
		Háziorvos	Szakorvos, vagy szakorvos javaslatára a házi orvos	Nincs	Normatív	Emelt	Kiemelt

A táblázatban valamennyi, a kérelmező által szedett, a társadalombiztosítás által támogatásba befogadott gyógyszert fel kell tüntetni.

Kijelentem, hogy az igazolásban feltüntetett gyógyszer szükséglet kizárólag a települési gyógyszer támogatást igénylő személy orvosi dokumentációjában igazolt kezelése alapján került megállapításra.

Dátum:

P. H.

.....
házi orvos aláírása

.....
beteg szignója