

**IGAZOLÁS A BIZTOSÍTOTT HAVI GYÓGYSZERKÖLTSÉGÉRŐL**

(A kezelőorvos aláírása és bélyegzőlenyomata nélkül nem fogadható el.)

Biztosított neve:.....

Lakcím:.....

TAJ szám:.....

Havi egyéni gyógyszerkerete:.....-Ft.

A Biztosított **rendszeresen szedett havi** gyógyszerei:

*Gyógyszer neve*

*A Biztosított által fizetendő  
térítési díj*

.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

Javasolt, de a társadalombiztosítás által nem támogatott gyógyszerek:

.....	.....
.....	.....

Összesen: \_\_\_\_\_-Ft

A kezelőorvos egyéb észrevétele, közlendője állapot változásra, javaslata gyógyhatású készítményekre:

.....

Kelt:.....

.....  
Kezelőorvos aláírása, bélyegzője