

IGAZOLÁS A GYÓGYSZERKÖLTSÉGEKRŐL

ORVOSI JAVASLAT

A beteg neve:

Anyja neve:

Lakcíme:

TAJ száma :.....

KÉRJÜK, AZ ALÁBBIK KÖZÜL EGYET JELÖLJÖN MEG!

☐ Betegségeinek kezelésére tartósan, és rendszeresen (várhatóan 6 hónapig, vagy 6 hónapnál hosszabb ideig kell folyamatosan szednie) alkalmazandó gyógyszerek megnevezése:

.....

☐ Betegségeinek kezelésére eseti jelleggel (várhatóan 6 hónapnál rövidebb ideig kell szednie) alkalmazandó gyógyszerek megnevezése:

.....

☐ Gyógyászati segédeszköz megnevezése:

.....

....., 2015.....hónap

.....
 orvos aláírása

Igazolom, hogy nevezett havi rendszeres gyógyszerköltsége az orvosi javaslatban szereplők szerint haviFt.

Igazolom, hogy nevezett eseti gyógyszerköltsége az orvosi javaslatban szereplők szerintFt.

Ezt az igazolást nevezett kérelmére gyógyszertámogatás iránti jogosultságának elbírálásához adtam ki.

....., 2015.....hónap

.....
 gyógyszertár aláírása