

7. melléklet a 4/2015. (II.25.) önkormányzati rendelethez:

Háziorvosi igazolás

I. A kérelmező személyes adatai

Neve:
 Születési neve:
 Anyja neve:
 Születési hely, év, hó, nap:
 Lakóhely:
 Tartózkodási hely:
 Társadalombiztosítási Azonosító Jele:
 A háziorvosi igazolás kiadásának célja
☐ a gyógyszer-kiváltás települési támogatására való jogosultság megállapítása,
☐ a gyógyszer-kiváltás települési támogatásának a felülvizsgálata.
 (A megfelelő választ X-szel kell jelölni.)

II. A társadalombiztosítás által támogatott, tartósan alkalmazott, havi rendszerességgel rendelt gyógyszerek adatai:

Gyógyszer megnevezése	Gyógyszerforma	Hatóanyag megnevezése	A hatóanyag napi mennyisége	Napi adagolás	Megjegyzés

A táblázatban valamennyi, a kérelmező által havi rendszerességgel, tartósan szedett, tb-támogatásba befogadott gyógyszert fel kell tüntetni.

III. Háziorvosra (intézményi orvosra) vonatkozó adatok, a háziorvos nyilatkozata

A háziorvos neve:
 Személy-specifikus orvosi bélyegzőjének száma:
 Ágazati azonosító:
 ÁNTSZ engedély száma:
 Rendelő/munkahely neve, címe:
 Telefonszáma:

Kijelentem, hogy az igazolásban feltüntetett gyógyító ellátásra vonatkozó szükséglet kizárólag a közgyógyellátást igénylő személy orvosi dokumentációjában igazolt kezelése alapján került megállapításra.

Dátum:

P. H.

.....
 háziorvos aláírása