1. melléklet

***HÁZIORVOSI IGAZOLÁS***

A háziorvosi igazolás kiadására a kérelmező által, a gyógyszerkiadások viseléséhez benyújtott települési támogatás elbírálása céljából kerül sor.

*I. A kérelmező* személyes adatai

Neve: ............................................................................................................................................

Születési neve: ..............................................................................................................................

Anyja neve: ..................................................................................................................................

Születési hely, év, hó, nap: ...........................................................................................................

Lakóhely: ......................................................................................................................................

Tartózkodási hely: ........................................................................................................................

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: .........................................................................................

(A megfelelő választ X-szel kell jelölni.)

*II. A társadalombiztosítás által támogatott, tartósan alkalmazott gyógyító ellátási szükségletre vonatkozó adatok*

1. Havi rendszerességgel rendelt gyógyszerek, annak adagolása:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | Gyógyszer megnevezése | Gyógyszer adagolása | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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

2. Gyógyászati segédeszközök és orvosi rehabilitáció céljából havonta rendszeresen rendelt gyógyító ellátások:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*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 települési támogatást igénylő személy orvosi dokumentációjában igazolt kezelése alapján került megállapításra.

Dátum: ...................................

P. H.

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

háziorvos aláírása