**3.melléklet**

**HÁZIORVOSI IGAZOLÁS TELEPÜLÉSI GYÓGYSZERTÁMOGATÁS**

**IGÉNYLÉSÉHEZ**

 **Alulírott kezelőorvos igazolom, hogy …………………………………………nevű beteg**

* **krónikus, gondozott betegsége/ betegségei miatt a jelen igazoláshoz csatolt gyógyszerek rendszeres szedésére kényszerül**
* **Akut betegsége miatt a jelen igazoláshoz csatolt gyógyszerek átmeneti szedésére kényszerül**
* **Betegsége miatt a csatolt gyógyászati segédeszköz használata javasolt.**

**Melléklet: gyógyszerlista**

**Kelt:………………………………, év:……………….hó,,,,,,,,,,,,,nap………**

**ph.**

**kezelőorvos aláírása**