

IGAZOLÁS A BIZTOSÍTOTT HAVI GYÓGYSZERKÖLTSÉGÉRŐL

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

Kérelmező neve:.....

TAJ szám:.....

Közgyógyellátásra jogosító igazolvánnyal rendelkezik-e: igen nem

Havi egyéni gyógyszerkerete:.....-Ft.

A Biztosított **rendszeresen szedett havi** gyógyszerei:

<i>Gyógyszer neve</i>	<i>A Biztosított által fizetendő térítési díj</i>
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Javasolt, de a társadalombiztosítás által nem támogatott gyógyszerek, gyógyhatású készítmények:

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

Összesen: _____-Ft

A kezelőorvos egyéb észrevétele, közlendője, javaslata gyógyhatású készítményekre:

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

Kelt:.....,év,hónapnap

.....
Kezelőorvos aláírása,
bélyegző lenyomata