**Háziorvosi igazolás**

**Önkormányzathoz benyújtandó rendszeres gyógyszertámogatáshoz**

***I.A kérelmező* személyes adatai**

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Havi rendszerességgel rendelt gyógyszerek:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| A betegség BNO kódja | ATC kód | TTT kód | Gyógy- szer megnevezése | Gyógy- szer- forma | Ható- anyag meg- neve- zése | A ható- anyag napi mennyi- sége | Napi adagolás | Gyógy- szer rende- lésére vonat- kozó jelzés[[1]](#footnote-1) | Szak- orvos pecsét- száma[[2]](#footnote-2) | Megjegyzés |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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

A „Megjegyzés” rovatban kell jelezni:

- ha a hatóanyagnak megfelelő készítmény rendelése indikációhoz kötött kiemelt vagy emelt támogatással történik, vagy

- a hatóanyag valamely formájával vagy bármely összetevővel szemben esetleg fennálló érzékenységet.

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | Szükséges eszköz, illetve kezelés | | | |  |
| A betegség BNO kódja | ISO kód/GYF  szolgáltatás kód | | Formája, megnevezése | Rendelésének, ill. alkalmazásának gyakorisága  (havi mennyisége) | Szakorvos pecsétszáma[[3]](#footnote-3) | |
|  |  | |  |  |  | |
|  |  | |  |  |  | |
|  |  | |  |  |  | |
|  |  | |  |  |  | |
|  |  | |  |  |  | |

1. **A gyógyító ellátás havi költsége:…………………………………….. Ft**

***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 gyógyszertámogatást igénylő személy orvosi dokumentációjában igazolt kezelése alapján került megállapításra.

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

P. H.

**...........................................**

**háziorvos aláírása**

1. Ebben a rovatban a 44/2004. (IV. 28.) ESzCsM rendelet 2. § (2) bekezdése szerinti jelzést kell feltüntetni. [↑](#footnote-ref-1)
2. Ezt a rovatot akkor kell kitölteni, ha a gyógyszert csak szakorvos rendelheti vagy a javaslatot a szakorvos tette. [↑](#footnote-ref-2)
3. Ezt a rovatot akkor kell kitölteni, ha a javaslatot a szakorvos tette. [↑](#footnote-ref-3)