(Háziorvos tölti ki!)

IGAZOLÁS HAVI GYÓGYSZERKÖLTSÉGRŐL

(A háziorvos aláírása és bélyegzőlenyomata nélkül nem fogadható el!)

|  |  |
| --- | --- |
|  Kérelmező neve |   |
|  Születési neve |   |
|  Születési helye, ideje |   |
|  Anyja neve |   |
|  Társadalombiztosítási Azonosító Jel |   |
|  Lakóhely/tartózkodási hely |   |
|  Közgyógyellátásra jogosító igazolvánnyal rendelkezik-e (A megfelelő válasz aláhúzandó) |  igen nem |
|  **Kérelmező rendszeresen szedett havi receptköteles gyógyszerei**  |
|  Gyógyszer neve |  Biztosított által fizetendő térítési díj  |
|   |   |
|   |   |
|   |   |
|   |   |
|   |   |
|   |   |
|   |   |
|   |   |
|   |   |
|   |   |
|   |   |
|  Összesen: |   |

Hévíz, 20..... év......................hó ......nap

P. H.

..........................................................
Háziorvos aláírása, pecsétszáma