

## igazolás

**gyógyszertámogatáshoz való jogosultság megállapítása céljából**

(A háziorvosi igazoláson kizárólag a kérelmező személyes szükségletének kielégítéséhez szükséges gyógyító ellátást lehet feltüntetni.)

I. *A kérelmező személyes adatai*

Neve: .....

Születési neve: .....

Anyja neve: .....

Születési hely, év, hó, nap: .....

Lakóhely: .....

Tartózkodási hely: .....

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: .....

Havi rendszerességgel vagy esetenként szedett gyógyszerek vagy gyógyászati segédeszközök céljából havonta rendszeresen rendelt gyógyító ellátások:

Gyógyszer/gyógyászati segédeszköz megnevezése	Gyógyszerek, gyógyászati segédeszközök költsége (gyógyszertár tölti ki)

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

II. *Háziorvosra 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 gyógyszerátogatást igénylő személy orvosi dokumentációjában igazolt kezelése alapján került megállapításra.

Dátum: .....

P. H.

.....

házi orvos aláírása

III. Gyógyszertárra vonatkozó adatok:

Gyógyszertár ..... elnevezése,  
címe: .....

Címe,  
telefonszáma: .....

Gyógyszertárat működtető gazdasági szervezet neve: .....

OEP  
kódja: .....

Gyógyszertár  
vezetője: .....

A gyógyszerár vezetőjeként kijelentem, hogy a havi rendszerességgel vagy esetenként szedett gyógyszerek vagy gyógyászati segédeszközök céljából havonta rendszeresen rendelt gyógyító ellátások havi költsége: ..... Ft - azaz ..... forint.

Dátum: .....

P. H.

.....

gyógyszertár vezetőjének aláírása