**IGAZOLÁS**

**a havi gyógyszerköltségekről**

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

Kérelmező neve: ……..…………………………………… TAJ szám: ……………………..

A Biztosított rendszeresen szedett havi gyógyszerei:

Gyógyszer, gyógyászati eszköz neve

………………………..…………… ………………………..………………

………………………..…………… ………………………..………………

………………………..…………… ………………………..………………

………………………..…………… ………………………..………………

………………………..…………… ………………………..………………

………………………..…………… ………………………..………………

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

………………………..…………… ………………………..……………

………………………..……………. ………………………..……………

………………………..……………. ………………………..……………

A kezelőorvos egyéb észrevétele, közlendője, javaslata gyógyhatású készítményekre:

…………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………...

Kelt: ……………….., …………év, ……………..hónap ………nap

………………………………….

Kezelőorvos aláírása, bélyegző lenyomata