

**Háziorvosi igazolás gyógyszer támogatáshoz**

**I. A kérelmező személyes adatai**

Neve: .....  
Születési neve: .....  
Anyja neve: .....  
Születési hely, év, hó, nap: .....  
Lakóhely: .....  
Tartózkodási hely: .....  
Társadalombiztosítási Azonosító Jele: .....

**II. a) A kérelmező által rendszeresen, krónikus betegségére tekintettel – altató, étrend kiegészítő, nem vényköteles gyógyszer / egyéb készítmények/ gyógyászati segédeszközök, és vitaminkészítmény kivételével – szedett**

havi gyógyszerköltség összege:.....Ft/hó

b) A krónikus betegség az igazolás kiállítását követő 1 évig            fennáll \* / nem áll fenn \*

c) ismételt kérelem esetén töltendő: a kérelmező havi gyógyszerköltsége az orvosi dokumentáció alapján 201.... év..... hó .... napjától .....Ft-ról .....Ft-ra emelkedett.

**III. Háziorvosra vonatkozó adatok, a háziorvos nyilatkozata**

A háziorvos neve: .....  
Személy-specifikus orvosi bélyegzőjének száma: .....

Kijelentem, hogy az igazolásban feltüntetett havi gyógyszerköltség kizárólag a gyógyszer támogatást igénylő személy orvosi dokumentációjában igazolt kezelése alapján került megállapításra, és nem tartalmazza az esetlegesen szedhető altató, étrend kiegészítő, nem vényköteles gyógyszer / egyéb készítmények/ gyógyászati segédeszközök, és vitaminkészítmény költségét.

**Móricgát, .....év ..... hó .....nap**

**P. H.**

.....  
**házi orvos aláírása**

Hozzájárulok a fenti háziorvosi igazolásban szereplő adataim gyógyszer támogatás iránti kérelmemre indult eljárás során történő felhasználásához, az adataim eljárás lefolytatása során történő kezeléséhez.

**Móricgát, .....év ..... hó .....nap**

.....  
**kérelmező aláírása**

**a \* -gal jelölt résznél megfelelő aláhúzendó!**