

5. számú melléklet a 2/2015. (II. 12.) Önk. sz. rendelethez

IGAZOLÁS

a havi gyógyszerköltségekről

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

Kérelmező neve:..... TAJ szám:.....

Közgyógyellátásra jogosító igazolvánnyal rendelkezik-e: igen nem

Havi egyéni gyógyszerkerete:.....-Ft.

A Biztosított rendszeresen szedett havi gyógyszerei:

Gyógyszer neve	A Biztosított által fizetendő térítési díj
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

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

.....
.....
.....

Összesen:.....-Ft

A kezelőorvos egyéb észrevétele, közlendője, javaslata gyógyhatású készítményekre:

.....
.....

Kelt:.....,év,hónapnap

.....
Kezelőorvos aláírása, bélyegző lenyomata