

## Háziorvosi igazolás

a havi rendszeres gyógyszeres szükségletéhez

### IGAZOLÁS A KÉRELMEZŐ HAVI GYÓGYSZERKÖLTSÉGÉRŐL ( A kezelőorvos aláírása és körbélyegző lenyomata nélkül nem fogadható el! )

NÉV: \_\_\_\_\_

LAKCÍM: \_\_\_\_\_

TAJ szám: \_\_\_\_\_

A kérelmező rendszeresen szedett havi gyógyszerei:

Havi rendszeres gyógyszer megnevezése*	Fizetendő térítési díj

\*Csak gyógyszernek minősülő készítmény tüntethető fel!

A gyógykezelés várható időtartama: \_\_\_\_\_

Háziorvosra vonatkozó adatok, a háziorvos nyilatkozata

A háziorvos neve: \_\_\_\_\_

Rendelő/munkahely neve, címe: \_\_\_\_\_

Kijelentem, hogy az igazolásban feltüntetett gyógyszerekre vonatkozó szükséglet kizárólag a települési támogatást igénylő személy orvosi dokumentációjában igazolt kezelése alapján került megállapításra.

Kelt: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
kezelőorvos aláírása, körbélyegző lenyomata