### IGAZOLÁS RENDSZERES GYÓGYSZER HOZZÁJÁRULÁSHOZ

*(A háziorvos, vagy szakorvos állítja ki!)*

Igazolom, hogy (név) ……………………………………………………………………… szül. hely: …………………………………….szül. idő: …………………………………… anyja neve: …….…………………………….………..TAJ száma: ……………………… Péteri, ………………………………………………szám alatti lakos **a krónikus betegségeire tekintettel az alábbi vényköteles gyógyszereket szedi havi rendszerességgel.**

*(Rendszeres gyógyszerköltségnek kell tekinteni a krónikus betegséggel összefüggő,* ***havi rendszerességgel szedett, vényköteles gyógyszerek*** *egy havi adagjának költségét. A rendszeres gyógyszer hozzájárulás megállapításánál nem vehetők figyelembe a krónikus betegséggel összefüggésben szedett, vény nélkül kapható, gyógyszernek nem minősülő gyógyhatású készítmények, a táplálék-kiegészítők, a vitaminok és a gyógyászati segédeszközök.)*

***A feltüntetett gyógyszerek árát gyógyszertár igazolja, a gyógyszerköltséget igazoló pénztári bizonylatot a kérelemhez mellékelni kell!***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Gyógyszer(gyógyszer neve/havi adag)(háziorvos, szakorvos tölti ki)Amennyiben van szakorvosi javaslat a gyógyszer neve mellé (SZ) betű jelzés beillesztendő! | Ft(gyógyszertár tölti ki) | Gyógyszer(gyógyszer neve/havi adag)(háziorvos, szakorvos tölti ki)Amennyiben van szakorvosi javaslat a gyógyszer neve mellé (SZ) betű jelzés beillesztendő! | Ft(gyógyszertár tölti ki) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Dátum:…………………………………

 **Ph**

……………………………………

 **házi/szakorvos**