

## **Háziiorvosi igazolás**

### I. A kérelmező személyi adatai

Neve: .....

Születési neve: .....

Anyja neve: .....

Születési hely, év, hó, nap: .....

Lakóhely: .....

Tartózkodási hely: .....

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: .....

A háziiorvosi igazolás kiadására

közgyógyellátásra való jogosultság megállapítása

egyéni gyógyszerkeret felülvizsgálata

céljából kerül sor. (A megfelelő választ X-szel kell jelölni.)

### II. A társadalombiztosítás által támogatott, tartósan alkalmazott gyógyító ellátási szükségletre vonatkozó adatok

#### 1. Havi rendszerességgel rendelt gyógyszerek:

A betegség BNO kódja	ATC kód	TTT kód	Gyógyszer megnevezése	Gyógyszerforma	Hatóanyag megnevezése	A hatóanyag napi mennyisége	Napi adagolás	Gyógyszer rendelésére vonatkozó jelzés*	Szakorvos pecsét-száma**	Megjegyzés

\* Ebben a rovatban a 44/2004. (IV. 28.) ESZCSM rendelet 2. § (2) bekezdése szerinti jelzést kell feltüntetni.

\*\* Ezt a rovatot akkor kell kitölteni, ha a gyógyszert csak szakorvos rendelheti vagy a javaslatot a szakorvos tette.

A táblázatban valamennyi, a kérelmező által szedett, tb-támogatásba befogadott gyógyszert fel kell tüntetni.

A „Megjegyzés” rovatban kell jelezni:

– ha a hatóanyagnak megfelelő készítmény rendelése indikációhoz kötött kiemelt vagy emelt támogatással történik, vagy

– a hatóanyag valamely formájával vagy bármely összetevővel szemben esetleg fennálló érzékenységet.

2. Gyógyászati segédeszközök és orvosi rehabilitáció céljából havonta rendszeresen rendelt gyógyító ellátások:

A betegség BNO kódja	Szükséges eszköz, illetve kezelés			Szakorvos pecsétszáma*
	ISO kód/GYF szolgáltatás kód	Formája, megnevezése	Rendelésének, ill. alkalmazásának gyakorisága (havi mennyisége)	

\* Ezt a rovatot akkor kell kitölteni, ha a javaslatot a szakorvos tette.

Figyelem! Ha a közgyógyellátás iránti kérelmet az Szt. 50. § (1) bekezdése szerint nyújtják be (alanyi jogú közgyógyellátás), a 2. pontban foglaltakat nem kell kitölteni.

*III. Háziorvosra (intézményi orvosra) vonatkozó adatok, a háziorvos nyilatkozata*

A háziorvos neve: .....

Személy-specifikus orvosi bélyegzőjének száma: .....

Ágazati azonosító: .....

ÁNTSZ engedély száma: .....

Rendelő/munkahely neve, címe: .....

Telefonszáma: .....

Kijelentem, hogy az igazolásban feltüntetett gyógyító ellátásra vonatkozó szükséglet kizárólag a közgyógyellátást igénylő személy orvosi dokumentációjában igazolt kezelése alapján került megállapításra.

Dátum: .....

P. H.

.....  
házi orvos aláírása