

JAVASLAT GYÓGYSZERTÁMOGATÁSHOZ

2/C.MELLÉKLET

A beteg neve: _____

Születési neve: _____

Anyja neve: _____

Születési helye: _____ Születési ideje: _____

Társadalombiztosítási Azonosító Jele (TAJ): _____

Lakóhely: _____

Tartózkodási hely: _____

Betegségei latin nyelvű diagnózisának megnevezése:

Betegségeinek kezelésére tartósan, és rendszeresen alkalmazandó, gyógyszerek* megnevezése, illetve gyógyászati segédeszköz megnevezése:

Szociális helyzete miatt gyógyszertámogatásra javasolom.

(* Várhatóan 6 hónapig, vagy azontúl kell folyamatosan szednie!)

Kunszentmárton 20_____

PH.

orvos aláírása

A gyógyszerár tölti ki!

IGAZOLÁS A GYÓGYSZERKÖLTSÉGEKRŐL

A beteg neve: _____

Lakcíme: _____

Társadalombiztosítási Azonosító Jel: _____

Igazolom, hogy nevezett havi rendszeres gyógyszerköltsége az orvosi javaslatban szereplők szerint havi _____ Ft, azaz _____ forint.

Ezen igazolást nevezett kérelmére gyógyszertámogatás jogosultságának elbírálásához adtam ki.

Kunszentmárton, 20_____

PH.

gyógyszertári aláírás

Kunszentmártoni Közös Önkormányzati Hivatal

5440. Kunszentmárton, Köztársaság tér 1. Tel.:06 56 560-500

email:kunszentmarton@kunszph.hu

web: www.kunszentmarton.hu