***Háziorvosi igazolás a közgyógyellátásra való jogosultság megállapítása és az egyéni gyógyszerkeret felülvizsgálata iránti eljárásban***

*I. A kérelmező* személyes adatai

Neve: ............................................................................................................................................

Születési neve: ..............................................................................................................................

Anyja neve: ..................................................................................................................................

Születési hely, év, hó, nap: ...........................................................................................................

Lakóhely: ......................................................................................................................................

Tartózkodási hely: ........................................................................................................................

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: .........................................................................................

A háziorvosi 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 |  Gyógy-szer megnevezése |  Gyógy-szer-forma |  Ható-anyag meg-neve-zése |  A ható-anyag napi mennyi-sége |  Napi adagolás |  Gyógy-szer rende-lésére vonat-kozójelzés\* |  Szak-orvos 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:

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

Működési 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.

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

háziorvos aláírása