***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- kozó jelzés\* | 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