

**ORVOSI IGAZOLÁS**

**ÉVES**

**GYÓGYSZERTÁMOGATÁS MEGÁLLAPÍTÁSÁHOZ**

*I. Az ellátott adatai:*

Neve: .....  
Születési neve: .....  
Anyja neve: .....  
Születési hely, év, hó, nap: .....  
Lakóhely: .....  
Tartózkodási hely: .....  
Társadalombiztosítási Azonosító Jele: .....

*(Az ellátott személy háziorvosa tölti ki.)*

**Rendszeresen/ folyamatosan** szedett gyógyszer/ek a következők (jelen dokumentumon felsorolva):

Gyógyszer neve:

Dátum: .....

.....  
háziorvos aláírása

**GYÓGYSZERTÁRI IGAZOLÁS**

**ÉVES GYÓGYSZERTÁMOGATÁS MEGÁLLAPÍTÁSÁHOZ**

I. *Az ellátott adatai:*

Neve: .....

Születési neve: .....

Anyja neve: .....

Születési hely, év, hó, nap: .....

Lakóhely: .....

Tartózkodási hely: .....

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: .....

**Rendszeresen/ folyamatosan** szedett gyógyszer/ek havi költsége:

*(A gyógyszerár tölti ki!)*

*Gyógyszerköltsége: .....,-Ft*

*Ezt az igazolást nevezett kérelmére, az éves gyógyszerámogatás jogosultságának elbírálásához adtam ki.*

Dátum: .....

.....  
aláírása

P. H.

A gyógyszerár igazolása a házi orvos által felsorolt rendszeres gyógyszer/ek költségéről.