

HÁZIORVOSI IGAZOLÁS

(6 hónapon belül jogerősen elutasított kérelem ismételt benyújtásához)

Háziorvos adatai:

Háziorvos neve:

Személy-specifikus orvosi bélyegzőjének száma:

Ágazati azonosító: ÁNTSZ engedély száma:

Rendelő neve, címe:

Kérelmező adatai:

Neve:

Születési neve:

Anyja neve:

Születési hely, év, hó, nap:

Lakóhely:

Tartózkodási hely:

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

A pénzbeli és természetbeni szociális ellátások igénylésének és megállapításának, valamint folyósításának részletes szabályairól szóló – többször módosított – **63/2006. (III. 27.) Korm. rendelet 35. § (9) bekezdése** értelmében igazolom, **hogy nevezett havi rendszeres gyógyító ellátás költsége a gyógykezelést szolgáló terápia, illetőleg a gyógyszerek térítési díjának változása következtében**

emelkedett*

nem emelkedett*

Geszt,

házi orvos aláírása

P.H.

(* = megjelölendő)