

## IGAZOLÁS

### *gyógyászati segédeszköz*

*megvásárlásához igényelt eseti települési gyógyszer támogatás megállapításához*

*A kérelmező személyes adatai*

Neve:

Születési neve:

Anyja neve:

Születési hely, év, hó, nap:

Lakóhely:

Tartózkodási hely:

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

Igazolom, hogy a kérelmező részére a gyógyászati segédeszköz<sup>1</sup> alkalmazása szükséges, mely életminőségét jelentős mértékben javítja.

A gyógyászati segédeszköz megnevezése:.....

térítési díja.....Ft, azaz.....Ft.

Dátum:

.....  
a fenti gyógyászati segédeszköz felírására jogosult  
orvos aláírása

---

<sup>1</sup> kotszer, tesztesík, nadrágpelenka, betét stb. nem vehető figyelembe