

ORSZÁGOS EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI PÉNZTÁR

Egyedi Méltányossági Ügyek Főosztály
Telefon: 350-2001/3461; Telefax: 350-0616

Egyedi méltányossági kérelőlap

Beteg neve: _____ TAJ szám: _____

Lakcím: _____ Szül. dátum: _____

Igényelt gyógyászati segédeszköz neve:

Igényelt gyógyászati segédeszköz mennyisége, alkalmazásának időtartama (kihordási ideje):

Diagnózis: _____ Betegség stádiuma: _____

Társbetegségek: _____

Kapott-e méltányossági engedélyt korábban, és ha igen, milyen gyógyászati segédeszközre:

_____ Eng.száma: _____

Eddig alkalmazott gyógyszeres, illetve gyógyászati segédeszköz terápia, annak eredménye (leletek csatolandók):

(A diagnózis igazoló leletek szintén csatolandók.)

Mikor kapott utoljára a beteg a kért eszközzel azonos funkciójú, és társadalombiztosítási támogatással rendelt gyógyászati segédeszközt?

Igénylő orvos neve, orvosi pecsétszáma, intézet címe:

Rendelkezik-e a gyógyászati segédeszköz felírásához szükséges szakirányú szakvizsgával: igen/nem

Finanszírozott egészségügyi szolgáltató orvosa-e: igen/nem

Mellékelten csatolom az Eü-rendelet jogcímen kiállított vény(ek)t

Dátum:

Aláírás, pecsét:

(Az egyedi méltányossági kérelemhez szükséges dokumentumok listája külön tájékoztatóban található meg.)