

10. számú melléklet a 63/2006. (III. 27.) Korm. rendelethez

**Háziorvosi igazolás**

*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	Gyógyszer megnevezése	Gyógyszerforma	Hatóanyag megnevezése	A hatóanyag napi mennyisége	Napi adagolás	Gyógyszer rendelésére vonatkozó jelzés*	Szakorvos 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:

A betegség BNO kódja	Szükséges eszköz, illetve kezelés			Szakorvos pecsét-száma*
	ISO kód/GYF szolgáltatás kód	Formája, megnevezése	Rendelésének, ill. alkalmazásának gyakorisága (havi mennyisége)	

\* 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. Háziiorvosra (intézményi orvosra) vonatkozó adatok, a háziiorvos nyilatkozata*

A háziiorvos neve: .....  
Személy-specifikus orvosi bélyegzőjének száma: .....  
Ágazati azonosító: .....  
ÁNTSZ 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.

.....  
háziiorvos aláírása