10. melléklet a 9/2015. (II.26.) önkormányzati rendelethez

Háziorvosi igazolás rendszeres havi gyógyszerekről

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 gyógyszerkiadások viseléséhez nyújtott települési támogatásra való jogosultság megállapítása érdekében kerül sor.

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	Gyógyszer - forma	Ható-anyag meg-nevezése	A hatóanyag napi mennyisége	Napi adagolás	Gyógyszer rendelésére vonatkozó jelzés*	Szakorvos pecsétszáma**	Megjegyzés