



Országos Egészségbiztosítási Pénztár

Ártámogatási Főosztály
Telefon: (1) 298-2458 Telefax: (1) 298-2477



KÉRELEM¹ Gyógyászati segédeszköz egyedi méltányossági támogatásához

Biztosított neve*:		TAJ száma*:	
Születési helye és ideje:		Lakcíme/levelezési címe*:	
Anyja neve:		Elérhetőség (telefon/mobil/e-mail):	
Törvényes képviselő (gondnok / intézeti elhelyezésnél kapcsolattartó) neve:		Törvényes képviselő címe: (ha nem azonos a beteg/gondnokolt lakcímével / Intézeti elhelyezésnél intézmény neve, címe)	
Kapott-e korábban a kért eszközzel azonos funkciójú gyógyászati segédeszközre méltányossági jogcímen támogatást ☐ igen ☐ nem ideje: (év.hó.nap)			
ha igen, a gyógyászati segédeszköz megnevezése:			Eng.száma:

* kötelezően kitöltendő adatok

Alulírott név) azzal a
kéréssel fordulok a Tisztelt OEP-hez, hogy a kezelőorvos által rendelt
..... (egyedi gyártású
eszköz esetén gyártó/forgalmazó megnevezése és címe) által gyártott
..... gyógyászati segédeszközt
egyedi méltányosságból szíveskedjen támogatásban részesíteni.

Indokaim a következők:

Dátum:, év hó nap

.....
Aláírás (kérelmező)

¹ A nyomtatványt a biztosítottnak/kérelmet benyújtónak szükséges kitölteni