



## Országos Egészségbiztosítási Pénztár

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



### KÓRTÖRTÉNETI ÖSSZEFOGLALÓ ÉS SZAKORVOSI JAVASLAT<sup>1</sup> gyógyászati segédeszköz egyedi méltányossági támogatásához

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <b>Biztosított neve*:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                        |
| <b>TAJ száma*:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>Szül. dátuma:</b>                                   |
| <b>Lakcíme*:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                        |
| <b>Igényelt gyógyászati segédeszköz neve:</b>                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                        |
| <b>Mennyisége:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>Alkalmazásának (kért támogatásának) időtartama:</b> |
| <b>Diagnózis:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>BNO kód:</b>                                        |
| <b>Társbetegségek:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                        |
| <b>Javaslatot adó orvos neve:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>Orvosi bélyegző száma:</b>                          |
| <b>Kórtörténeti összefoglaló</b> (mellékletként csatolható) / ismételt rendelés esetén a megelőző kérelem benyújtása óta eltelt időszakban bekövetkezett állapotváltozást dokumentáló leleteket szükséges csatolni:                                                                                   |                                                        |
| <b>Szakorvosi javaslat annak indokolásával, hogy a biztosított miért nem látható el a támogatási listán lévő eszközök egyikével sem</b> (az eszköz szükségességének indokoltsága):                                                                                                                    |                                                        |
| <b>A biztosított részére átadtam db „Teljes ár” / „Egyedi tám.” jogcímmel* kiállított orvosi vényt, valamint egyéb, diagnózist igazoló leleteket</b> (zárójelentés, ambuláns lap, audiogram, csonkfotó, Russek-skála, régi- és új méretvételi lap, aktivitási szintet igazoló dokumentum <sup>2</sup> |                                                        |

\* kötelezően kitöltendő adatok

Dátum:

.....  
Aláírás, orvosi bélyegző

<sup>1</sup> Nyomtatványt a javaslatot adó orvosnak szükséges kitölteni

<sup>2</sup> Megfelelő rész aláhúzendő