

ORSZÁGOS EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI PÉNZTÁR

Ártámogatási Főosztály

Telefon: 350-2001; Telefax: 298-2477

KÉRELEM¹

Gyógyászati segédeszköz egyedi méltányossági támogatásához

Biztosított neve*:		TAJ szám*:
Szül. hely és idő:	Lakcím*:	
Anyja neve:	Elérhetőség (telefon / email)	
Törvényes képviselő (gondnok) neve:	Törvényes képviselő címe: (ha nem azonos a beteg/gondnokolt lakcímével)	
Intézeti elhelyezésnél kapcsolattartó/gyám megjelölése		
Intézmény neve: (Szociális Intézmény, Családsegítő központ... stb.)		
Intézmény címe:	Elérhetőség: (kapcsolattartó telefon/email)	
Kapott-e korábban a kért eszközzel azonos funkciójú gyógyászati segédeszközre méltányossági jogcímen támogatást		
<input type="checkbox"/> igen ideje: 20... év hó nap		
<input type="checkbox"/> nem		
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 megjelölésével) által gyártott gyógyászati segédeszközt egyedi méltányosságból szíveskedjen támogatásban részesíteni.

Indokaim a következők:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Dátum:

aláírás

¹ Nyomtatványt a biztosítottnak/kérelmet benyújtónak szükséges kitölteni

ORSZÁGOS EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI PÉNZTÁR

Ártámogatási Főosztály

Telefon: 350-2001; Telefax: 298-2477

**KÓRTÖRTÉNETI ÖSSZEFOGLALÓ ÉS
SZAKORVOSI JAVASLAT¹**gyógyászati segédeszköz egyedi méltányossági
támogatásához

Biztosított neve*:		TAJ szám*:	
Szül. dátum:		Lakcím*:	
Igényelt gyógyászati segédeszköz neve:			
Mennyisége: 1 db		Alkalmazásának (kért támogatás) időtartama: 2 év	
Diagnózis:		BNO kód:	
Társbetegségek:			
Javaslatot adó orvos neve:		Orvosi pecsétszám:	
Kórtörténeti összefoglaló (mellékletként csatolható):			
Szakorvosi javaslat annak indoklásával, hogy a biztosított miért nem látható el a támogatási listán lévő eszközök egyikével sem. (az eszköz szükségességének indokoltsága)			
A biztosított részére átadtam 1 db „Teljes ár” / Egyedi tá.” jogcímmel kiállított orvosi vényt, valamint egyéb, diagnózist igazoló leleteket (zárójelentés, ambuláns lap, audiogram, epicután teszt, csonkfotó, Russek-skála, aktivitási szintet igazoló dokumentum ²)			

*kötelezően kitöltendő adatok

Dátum:

Aláírás, pecsét

¹ Nyomtatványt a javaslatot adó orvosnak kell kitölteni² Megfelelő rész aláhúzandó