**IGAZOLÁS**

**A biztosított havi gyógyszerköltségéről**

Beteg neve: …................................................................................................................

Születési helye és ideje: ….............................................................................................

Lakcím: …......................................................................................................................

TAJ szám: …...................................................................................................................

**Nevezett rendszeresen szedett, havi gyógyszerei:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Gyógyszer neve, mennyisége** | **Gyógyszer ára** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Összesen: …...............................**

A gyógykezelés várható időtartama: …................................. (hét, hónap)

Alap betegség/betegségek megnevezése:………………………………………………………….

A kezelőorvos egyéb közlendője: …................................................................................................

…......................................................................................................................................................

Kelt, ….............................................................

…...........................................................

kezelőorvos aláírása, bélyegzője