

1139 Budapest, Váci út 73/A | E-mail: info@gyogytasert.hu

**GYÓGYSZER EGYEDI MÉLTÁNYOSSÁGI KÉRELME  
BETEGKÉRELEM**

<b>A kérelmező adatai</b>	
<b>Kérelmező teljes neve:</b> <i>(Akinak a nevében az igénylést benyújtják; a személyi igazolványban szereplő név)</i>	
<b>Születési név (ha eltér):</b>	
<b>Születési helye, ideje:</b>	
<b>Anyja születési neve:</b>	
<b>Lakcím:</b> <i>(irányítószám, település, utca, házszám)</i>	
<b>Elérhetősége (e-mail cím, telefonszám):</b> <i>Az e-mail cím kötelező (ide érkezik a visszaigazolás és a nyilvántartási szám). A telefonszám megadása opcionális, megadás esetén kérjük körzetszámmal vagy országhívóval együtt.</i>	
<b>TAJ száma:</b>	

<b>Más jár-e el a beteg nevében?</b>	<input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem
--------------------------------------	--

Ha nem a beteg nyújtja be a kérelmet, jelölje az „Igen” választ. Ebben az esetben az alábbi adatok kitöltése kötelező, és nyilatkozni kell a képviselertet/meghatalmazást igazoló dokumentum meglétéről

<b>A beteg nevében eljáró személy adatai</b>	
<b>Eljáró személy neve:</b>	
<b>Milyen minőségben jár el?</b> <i>(Pl. törvényes képviselő, szülő, gyám, gondnok, meghatalmazott.)</i>	
<b>Értesítési cím (irányítószám, település, utca, házszám):</b> <i>(Ide postázzuk a döntést)</i>	

## A kérelem tárgya

Azzal a kérelemmel fordulok a **Batthyány-Strattmann László Alapítvány A Gyógyításért** kuratóriumához, hogy a kezelőorvos által rendelt

\_\_\_\_\_ (gyógyszer pontos megnevezése)

gyógyszerhez egyedi méltányosságból támogatásban szíveskedjen részesíteni.

<b>Gyógyszertári kiváltás engedélyezése esetén az alábbi gyógyszertárban szeretném a gyógyszert / tápszert kiváltani</b>	
Gyógyszertár neve:	
Gyógyszertár címe:	

## Adatkezelési hozzájárulás

Hozzájárulok ahhoz, hogy a kérelmemmel kapcsolatban a **Batthyány-Strattmann László Alapítvány A Gyógyításért** részére rendelkezésre bocsátott személyes és különleges – különösen egészségügyi állapotomra vonatkozó – adataimat a méltányossági támogatási eljárás lefolytatása céljából kezeljék.

Kelt: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hónap \_\_\_\_ nap

\_\_\_\_\_  
aláírás  
(biztosított vagy képviselője)

Az eljáró személy nyilatkozik arról, hogy a képviseleti vagy meghatalmazási jogosultságot igazoló dokumentum rendelkezésre áll

\_\_\_\_\_  
aláírás  
(biztosított képviselője)