

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

GYÓGYSZER EGYEDI MÉLTÁNYOSSÁGI KÉRELME
SZAKORVOSI IGÉNYLŐLAP

A biztosított adatai	
Biztosított neve:	
Születési helye, ideje:	
Anyja születési neve:	
Lakcíme (irányítószámmal):	
TAJ száma:	
Biztosított képviselőjének neve és elérhetősége (amennyiben releváns):	

Korábbi méltányossági támogatás	
Korábban méltányossági engedély alapján kapott-e gyógyszert / tápszert?	<input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem
Az engedély száma (ha volt)	
Korábbi engedély esetén csatolni kell	Nyilatkozat a terápia hatásosságáról

Az igényelt gyógyszer adatai	
Az igényelt gyógyszer neve:	
Hatáserőssége:	
Kiszerezése:	
Az igényelt gyógyszer dózisa:	
Szükség esetén testsúly / testfelület:	
Alkalmazásának tervezett időtartama:	

Orvosszakmai indokolás	
Diagnózis (BNO kód):	
Várható többlet egészségnyereség a támogatással elérhető terápiákhoz képest (pl. progressziómentes túlélés, teljes túlélés):	
Komparátor (összehasonlítás alapjául szolgáló terápia):	

Igénylő orvos adatai	
Igénylő orvos neve:	
Orvosi pecsétszáma:	
Elérhetősége:	
Szakvizsgájának megnevezése:	
Kezelést végző intézet neve:	
Címe:	
E-mail címe (kötelezően kitöltendő):	
Telefonszáma:	

Melléletek

Mellékelten csatolom:

- Rövid kórtörténeti összefoglalót
- Diagnózist igazoló dokumentációt
- Hosszabbítás esetén a terápia hatásosságát igazoló leletek másolatát
- Szükség esetén a Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ határozatát / nyilatkozatát

Kelt: _____, _____ év _____ hónap ____ nap

Igénylő orvos aláírása

pecsét