

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

GYÓGYÁSZATI SEGÉDESZKÖZ EGYEDI MÉLTÁNYOSSÁG BETEGKÉRELEM

A kérelmező adatai	
Kérelmező teljes neve: <i>(Akinak a nevében az igénylést benyújtják; a személyi igazolványban szereplő név)</i>	
Születési név (ha eltér):	
Születési helye, ideje:	
Anyja születési neve:	
Lakcím: <i>(irányítószám, település, utca, házszám)</i>	
Elérhetősége (e-mail cím, telefonszám): <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>	
TAJ száma:	

Más jár-e el a beteg nevében?	<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

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

A kérelem tárgya

Kérem a Batthyány–Strattmann László Alapítvány A Gyógyításért kuratóriumát, hogy a kezelőorvos által rendelt gyógyászati segédeszköz árához / javításához / alkatrészcserejéhez egyedi méltányossági támogatást nyújtson *(a megfelelőt húzza alá)*.

A kérelem típusa

(A megfelelő rész jelölendő.)

- Támogatással nem rendelhető gyógyászati segédeszközhöz
- Támogatott segédeszköz árához a jogszabályban foglaltaktól eltérő gyakorisággal
- Méltányosságból már támogatott gyógyászati segédeszköz javítási díjához
- Egyedi méretvétel alapján gyártott gyógyászati segédeszköz alkatrészének cseréjéhez (tokcsere)

A kérelmezett gyógyászati segédeszköz adatai:

- A kérelmezett gyógyászati segédeszköz megnevezése és mennyisége:
- Javításra irányuló kérelem esetén a javítandó eszköz megnevezése és annak megjelölése, hogy az eszköz mikor részesült méltányossági támogatásban:

Forgalmazó / gyógyszertár megjelölése

Támogatás esetén az alábbi gyógyszertárban/gyógyászati segédeszközforgalmazó szaküzletben szeretném kiváltani az eszközt

- Gyógyszertár/gyógyászati segédeszközforgalmazó neve:
- Gyógyszertár/gyógyászati segédeszközforgalmazó 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

alíráás
(biztosított)

alíráás
(biztosított képviselője)

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

