



Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő

Ártámogatási Főosztály
Telefon: (1) 298-2458 Fax: (1) 298-2457



KÉRELEM¹ Gyógyászati segédeszköz egyedi méltányossági támogatásához

Biztosított neve*:		TAJ száma*:	
Születési helye és ideje:		Lakcíme/levelezési címe*:	
Anyja neve:		Elérhetőség (telefon/mobil/e-mail):	
Törvényes képviselő neve (gondnok / intézeti elhelyezésnél kapcsolattartó):		Törvényes képviselő címe: (ha nem azonos a beteg/gondnokolt lakcímével / Intézeti elhelyezésnél intézmény neve, címe)	
Kapott-e korábban a kért eszközzel azonos funkciójú gyógyászati segédeszközeire méltányossági jogcímen támogatást <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem			
ha igen, a gyógyászati segédeszköz megnevezése:		Eng.száma:	

* kötelezően kitöltendő adatok

Alulírott (kérelmet benyújtó neve) azzal a kéréssel fordulok a Tisztelt NEAK-hoz, hogy a kezelőorvos által rendelt, a(z) Roche (Magyarország) Kft. (egyedi gyártású eszköz esetén gyártó/forgalmazó megnevezése és címe) által gyártott CoaguChek INRange PT mérő és tesztcsík (eszköz neve/típusa) gyógyászati segédeszköz árához egyedi méltányosságból szíveskedjen támogatást nyújtani.

A kérelmezett gyógyászati segédeszköz kiadására megjelölt (a NEAK-kal vényelszámolási szerződéssel rendelkező) gyártó/forgalomba hozó/forgalmazó neve és címe: HealthHub Kft. 1133 Budapest Váci út 76.

Indokaim a következők:

Dátum:, év hó nap

.....
Aláírás (kérelmező)

¹ A nyomtatványt a biztosítottnak/kérelmet benyújtónak szükséges kitölteni

² Gondnokság/gyámság alá helyezett esetében a kirendelő határozat másolata csatolandó