



## Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő

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



### KÓRTÖRTÉNETI ÖSSZEFOGLALÓ ÉS SZAKORVOSI JAVASLAT<sup>1</sup> gyógyászati segédeszköz egyedi méltányossági támogatásához

<b>Biztosított neve*:</b>	
<b>TAJ száma*:</b>	<b>Szül. dátuma:</b>
<b>Lakcíme*:</b>	
Igényelt gyógyászati segédeszköz neve: <b>CoaguChek INRange PT mérő; CoaguChek XS PT test PST tesztcsík</b>	
<b>Mennyisége: 1 db; 2 doboz</b>	Alkalmazásának (kért támogatásának) időtartama: <b>mérő 120 hó; tesztcs. 12 hó</b>
<b>Diagnózis:</b>	<b>BNO kód:</b>
<b>Társbetegségek:</b>	
<b>Javaslatot adó orvos neve:</b>	<b>Orvosi bélyegző száma:</b>
<b>Javaslatot adó orvos munkahelyének neve/címe/rendelés ágazati kódja:</b>	
<b>Kórtörténeti összefoglaló</b> (mellékletként csatolható) / ismételt rendelés esetén a megelőző kérelem benyújtása óta eltelt időszakban bekövetkezett állapotváltozást dokumentáló leleteket szükséges csatolni:	
<b>Szakorvosi javaslat</b> annak indokolásával, hogy a biztosított miért nem látható el a támogatási listán lévő eszközök egyikével sem (az eszköz szükségességének indokoltsága):	
<b>A biztosított részére átadtam 2 db „Teljes ár” / „Egyedi tám.” jogcímmel* kiállított orvosi vényt, valamint egyéb, diagnózist igazoló leleteket</b> (zárójelentés, ambuláns lap, audiogram, csonkfotó, Russek-skála, régi- és új méretvételi lap, aktivitási szintet igazoló dokumentum <sup>2</sup>	

\* kötelezően kitöltendő adatok

Dátum:

.....  
Aláírás/orvosi bélyegző  
Intézeti bélyegző

<sup>1</sup> Nyomtatványt a javaslatot adó orvosnak szükséges kitölteni

<sup>2</sup> Megfelelő rész aláhúzendő