

Érkeztető bélyegző helye

TNY_10 ORVOSI JAVASLAT

egészségpénztári szolgáltatások igénybevételéhez
(Kézi kitöltés esetén kérjük **nyomtatott nagybetűkkel** kitölteni)

1. A PÉNZTÁRTAG ADATAI

Név (a személyi azonosító okmányon szereplő előnév, családi név, utónevek)										Pénztári azonosító																			
Születési hely										Születési dátum					TAJ szám														
										év					hó					nap									
Anyja születési neve																													
Állandó lakcíme															irányító szám					Település					utca, házszám				

2. A KÖZELI HOZZÁTARTOZÓ ADATAI

A javaslat a pénztártag közeli hozzátartozója részére került kiállításra?										igen					nem									
Közeli hozzátartozó neve (a személyi azonosító okmányon szereplő előnév, családi név, utónevek)																								
Születési helye										Születési dátum					TAJ szám									
										év					hó					nap				

3. JAVASLAT, ÉRVÉNYESSÉG

A vizsgált személy egészségi állapotára való tekintettel számára az alábbiakat javaslom:																			
<input type="checkbox"/> Gyógyfürdő által nyújtott gyógykezelés, mozgásszervi betegeket ellátó nappali kórház, gyógyfürdőkórház, szanatórium, éghajlati gyógyintézet, klímagyógyintézet, gyógyvíz-ivócsarnok, gyógybarlang, valamint közfürdő gyógyászati részlege által nyújtott gyógykezelések igénybevétele (SZ.J. 86 90 besorolású humán egészségügyi szolgáltatások)																			
<input type="checkbox"/> Otthoni, intézményi gondozás																			
<input type="checkbox"/> Látás javítását elősegítő fénytani eszközök (szemüveg, kontaktlencse) viselése (A javaslat napszemüveg viselésére nem vonatkozik.)																			
<input type="checkbox"/> Hallásjavító eszközök (hallókészülék) használata																			
Az orvosi javaslat érvényességi ideje a kiállítástól számított										év (1-8 év, az orvos tölti ki)									

Jelen orvosi javaslat fenti személy kérésére, a Vitamin Egészségpénztár által nyújtott szolgáltatások igénybevételének céljából került kiállításra.

Kiállító orvos neve:																								
Kiállító intézmény neve:																								
Keltezés										Egészségügyi szolgáltató aláírása (pecsét)														
																				Település				
év																				hó				

4. NYILATKOZAT

Aláírással hozzájárulok, hogy az Egészségpénztár az adataimat gyűjtse és feldolgozza. Nyilatkozom, hogy a javaslatot adó orvos részére egészségi állapotomat illetően teljes körű információt nyújtottam, adatot nem titkoltam el. Elismerem, hogy a javaslat kiállítója a hibás vagy hiányos adatokon alapuló javaslatért nem tartozik felelősséggel. Kötelezem magam, hogy amennyiben a javaslat kiállítása után annak tartalmát befolyásoló változás következik be egészségi állapotomban, arról mind a javaslatot kiállító orvost, mind az Egészségpénztárt tájékoztatom.

Keltezés										Pénztártag saját kezű aláírása														
																				Település				
év																				hó				