

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:																					
<b>Keltezés</b>																					
										Település											
										év				hó				nap			
<b>Egészségügyi szolgáltató aláírása (pecsét)</b>																					

**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.

<b>Keltezés</b>																					
										Település											
										év				hó				nap			
<b>Pénztártag saját kezű aláírása</b>																					