

**ORVOSI-JAVASLAT formanyomtatvány**

Tagsági okiratszám:	
Kártyaszám:	
Adóazonosító jel:	

PÉNZTÁRTAG ADATAI

ABBAN AZ ESETBEN KELL KITÖLTENI, AMENNYIBEN A PÉNZTÁRTAGRA VONATKOZIK AZ ORVOSI JAVASLAT

Családi és utónév:	
Születéskori név:	
Születési helye:	Születési idő: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Anyja neve:	
Állandó lakcíme:	

1. SZOLGÁLTATÁSRA JOGOSULT ADATAI

ABBAN AZ ESETBEN KELL KITÖLTENI, AMENNYIBEN A SZOLGÁLTATÁSRA JOGOSULTRA (KEDVEZMÉNYEZETT) VONATKOZIK AZ ORVOSI JAVASLAT

Családi és utónév:	
Születéskori név:	
Születési helye:	Születési idő: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Anyja neve:	
Állandó lakcím:	

JAVASOLT EGÉSZSÉGPÉNZTÁRI SZOLGÁLTATÁS MEGNEVEZÉSE	JAVASLOM (a javasolt szolgáltatást jelölje x-el)
LÁTÁSJAVÍTÓ ESZKÖZÖK** + KIEGÉSZÍTŐK (Szemüveg, Napszemüveg, Kontaktlencse és folyadékai)	<input type="checkbox"/>
HALLÁSJAVÍTÓ ESZKÖZÖK + KIEGÉSZÍTŐK	<input type="checkbox"/>
ÓTHONGONDOZÁS	<input type="checkbox"/>

** Orvosi javaslat helyett működési engedéllyel rendelkező szakképzett optometrista javaslata is elfogadható.

A fent megjelölt szolgáltatás(ok) igénybevételét javaslom a fent nevezett Pénztártag vagy szolgáltatásra jogosult részére. Az igazolás érvényessége korlátlan.

Kiállítás dátuma: 20.....év.....hónap.....nap

.....
Orvos aláírása PH.

- Amennyiben a megjelölt szolgáltatásra jogosult még nem szerepel, a kedvezményezettjei között úgy kérjük, töltsse ki a „Szolgáltatásra jogosultak körének módosítása” nyomtatványt, hogy az orvosi javaslaton szereplő szolgáltatásokat a rendszerünkben rögzíteni tudjuk.