



NEMZETI EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI ALAPKEZELŐ

BIZTOSÍTOTT NYILATKOZATA nagyértékű gyógyászati segédeszköz egészségbiztosítói ellenjegyzéséhez (14/2007. (III.14.) EüM rendelet 13/A.§ (2)bekezdés d) pontja alapján

Biztosított neve:

Születési helye, ideje:

TAJ-száma:

Kgy. ig. száma:

Lakcíme:

Az ellenjegyzendő gyógyászati segédeszköz megnevezése (ISO-kódja):
.....
.....

Biztosítotti nyilatkozat

Kijelentem, hogy a számomra rendelt, egészségbiztosítói ellenjegyzéshez kötött, gyógyászati segédeszközt ismerem, (kipróbáltam), használatára képes vagyok, szükségem van rá, arra igényt tartok.

Tudomásul veszem, hogy kihordási időn belül másik azonos terméket csak a hatályos jogszabályok által meghatározott esetben kaphatok, és köteles vagyok a felírt eszközt elvárható gondossággal, rendeltetésszerűen használni.

Vállalom a társadalombiztosítási támogatással rendelhető gyógyászati segédeszköz beteg által fizetendő térítési díját (*közgyógyellátási jogosultság esetén térítési díjat nem kell fizetni*), és együttműködést az esetlegesen felmerülő szervizelésben, javításban,

Dátum:

.....
biztosított

P.H.

.....
szakorvos aláírása