



KÉRELEM
fogorvosi ellátás egyedi méltányossági
finanszírozásához, támogatásához
 (biztosított/törvényes képviselő tölti ki)

Biztosított neve:		TAJ száma:
Születési helye és ideje:		Lakcíme, levelezési címe:
Anyja neve:		Elérhetősége (telefon/mobil/e-mail):
Törvényes képviselő (gondnok) neve:		Törvényes képviselő címe: (ha nem azonos a beteg/gondnokolt lakcímével)
Intézetben elhelyezett biztosított esetében kapcsolattartó/gyám megjelölése:		
Intézmény neve: (Szociális Intézmény, Családsegítő Központ... stb)		
Intézmény címe:		Elérhetőség (kapcsolattartó telefon/mobil/e-mail):
A kérelem tárgya		
Fogorvosi munkadíj támogatása <input type="checkbox"/>		Fogtechnikai eszköz támogatása <input type="checkbox"/>
Kapott-e korábban a kért eszközzel azonos funkciójú gyógyászati segédeszközre méltányossági jogcímen támogatást <input type="checkbox"/> igen ideje: 20.....év.....hó.....nap <input type="checkbox"/> nem		
ha igen, a gyógyászati segédeszköz megnevezése:		Eng.száma:
Implantátum és tartozékai pontos megnevezése, db-száma (tételesen), a forgalmazó árajánlatának megfelelően:		

Alulírott,
 (név) azzal a kéréssel fordulok a Tisztelt NEAK-hoz, hogy a mellékletben feltüntetett fogorvosi ellátás/fogtechnikai eszköz Egészségbiztosítási Alap terhére méltányosságból történő finanszírozását/támogatását engedélyezni szíveskedjen.
 Indokaim a következők:

.....
.....
.....

Dátum:

.....

Aláírás (kérelmező)

Kötelező melléletek

- Kórtörténeti összefoglaló/Kezelési terv/Árajánlat/ és Nyilatkozat
- Ellátás szakmai indoklását alátámasztó egészségügyi dokumentáció
- Fogászati anyagokra vonatkozó allergia teszt eredménye
- Implantátum forgalmazói árajánlata
- Fogtechnikusi árajánlat
- Nyilatkozat az eszköz megfelelőségéről, hasznos technológiai élettartamáról
- Vény