



Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő



Egyedi Méltányossági Főosztály
1139 Budapest, Váci út 73/A Postacím: 1565 Budapest, Pf. 18.
Telefon: (1) 350-2001
E-mail-cím: gyogyszermeltanyosság@neak.gov.hu

Gyógyszer egyedi méltányossági kérelme – betegkérelem

| | |
|---|--|
| Biztosított neve ¹ : | |
| Születési helye, ideje: | |
| Anyja neve ² : | |
| Lakcíme (irányítószámmal): | |
| Elérhetősége: (e-mail címe, telefonszáma): | |
| TAJ száma: | |

| | |
|--|--|
| Biztosított képviselőjének ³ neve és elérhetősége: | |
|--|--|

Azzal a kérelemmel fordulok a NEAK-hoz, hogy a kezelőorvos által rendelt _____ gyógyszerhez egyedi méltányosságból támogatásban szíveskedjen részesíteni.

Gyógyszertári kiváltás engedélyezése esetén az alábbi gyógyszertárban szeretném a gyógyszert/tápszert kiváltani:

| | |
|--------------------|--|
| Gyógyszertár neve: | |
| Gyógyszertár címe: | |

Hozzájárulok egyúttal a kérelmemmel kapcsolatban a NEAK rendelkezésére bocsátott személyes és különleges (egészségügyi állapotomra vonatkozó) adataimnak az esetlegesen indításra kerülő egyedi méltányossági regiszterben történő kezeléséhez.

Kelt: _____, _____ <év> _____ <hónap> ____ . <nap>.

aláírás
(biztosított vagy képviselője)

¹ családi és utóneve, amennyiben eltér: születési családi és utóneve is

² születési családi és utóneve

³ törvényes/meghatalmazott