



## Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő

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



### Gyógyszer egyedi méltányossági kérelme – szakorvosi igénylőlap

Biztosított neve <sup>1</sup> :	
Születési helye, ideje:	
Anyja neve <sup>2</sup> :	
Lakcíme (irányítószámmal):	
TAJ száma:	
Biztosított képviselőjének <sup>3</sup> neve és elérhetősége:	
Korábban méltányossági engedély alapján kapott-e gyógyszert/tápszert:	
Az engedély száma:	
Az igényelt gyógyszer neve, hatáserőssége, kiszerelése:	
Az igényelt gyógyszer dózisa (szükség esetén testsúly, ill. testfelület megjelölése), alkalmazásának időtartama:	
Diagnózis (BNO):	
Várható többlet egészségnyereség a támogatással elérhető terápiákhoz képest (pl. PFS, OS):	
Komparátor:	
Igénylő orvos neve, orvosi pecsétszáma, elérhetősége:	
Igénylő orvos szakvizsgájának megnevezése:	
Kezelést végző intézet neve, címe, telefonszáma:	

Mellékelten csatolom a rövid kórtörténeti összefoglalót, diagnózist vagy hosszabbítás esetén a terápia hatásosságát igazoló leletek másolatát, szükség esetén az NNGYK határozatot/nyilatkozatot.

**Kelt:** \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ <év> \_\_\_\_\_ <hónap> \_\_\_\_ . <nap>.

\_\_\_\_\_  
aláírás

<sup>1</sup> családi és utóneve, amennyiben eltér: születési családi és utóneve is

<sup>2</sup> születési családi és utóneve

<sup>3</sup> törvényes/meghatalmazott