

# NEMZETI EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI ALAPKEZELŐ

## KÉRELEM

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

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

Alulírott,

<b>név:</b>	
-------------	--

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:

Kelt:

év

hó

nap

.....  
**Aláírás**  
**(kérelmező)**

#### **Kötelező melléletek**

---

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