Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő

Speciális Finanszírozási Főosztály
Egyedi Eszköz és Eljárás Méltányossági Osztály

Nyilatkozat ellátás/beavatkozás elvégzéséről Eszköz-Eljárás Egyedi Méltányosság támogatásához *

Biztosított adatai:

Neve (családi és utónév):	
Születési helye, ideje (év, hónap, nap):	
TAJ-száma:	□□□ □□□ □□□

Kérelmezett egészségügyi ellátás pontos megnevezése:

A kérelmezett ellátás tervezett időpontja:
A kérelmezett ellátást indokoló betegség megnevezése, BNO kódja : □□□□□

Kérelmezett orvostechnikai eszköz felhasználási helye és/vagy egészségügyi ellátás *elvégzését* vállaló egészségügyi szolgáltató adatai (amennyiben nem azonos a javaslattevő szakorvos intézményével):

egészségügyi szolgáltató megnevezése:	
egészségügyi szolgáltató címe:	
egészségügyi szolgáltató elérhetősége (email, telefonszám):	

Kérelmezett implantátum vagy egyéb speciális orvostechnikai eszköz esetén az árajánlatot adó magyarországi forgalmazó adatai:

forgalmazó megnevezése	
forgalmazó címe	

Kérelmezett egészségügyi ellátás adatai, tételes ár megjelöléssel:[2]

kérelmezett egészségügyi ellátás megnevezése	egységár (Ft/db)	igényelt mennyiség (db)	bruttó ár (Ft)

Nyilatkozom, hogy az általam vezetett egészségügyi intézmény a fent nevezett Biztosított részére kérelmezett egészségügyi ellátás (beavatkozás) elvégzését vállalja, valamint ezen ellátás a Biztosítottnál orvosszakmailag indokolt, annak várható költségeit az „Árajánlat” tartalmazza tételesen.

Kelt:

év hó nap

.....
ellátást elvégző egészségügyi intézmény vezetőjének aláírása (intézményi bélyegzővel)

*a Magyarországon szakmailag elfogadott, de a finanszírozásba még be nem fogadott eljárás, a befogadott egészségügyi szolgáltatás befogadástól eltérő alkalmazása, illetve a biztosított által részleges, illetve kiegészítő térítési díj megfizetése mellett az egészségbiztosítás terhére igénybe vehető egészségügyi szolgáltatás egyedi méltányossági támogatásához