



Szakorvosi javaslat
Eszköz-Eljárás Egyedi Méltányosság támogatásához *

Biztosított adatai:

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

Kérelmezett orvostechnikai eszköz és/vagy egészségügyi ellátás pontos megnevezése, leírása:

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

Biztosított kórtörténeti összefoglalója¹:

Anamnézis: <i>(a 3. oldal „Folytatás” mezőjében folytatható)</i>
Társbetegségek (BNO kóddal is): <i>(a 3. oldal „Folytatás” mezőjében folytatható)</i>
Biztosított jelenlegi egészségi állapotának leírása: <i>(a 3. oldal „Folytatás” mezőjében folytatható)</i>
Biztosított eddigi kivizsgálására/terápiájára vonatkozó összefoglaló: <i>(3. oldal „Folytatás” mezőjében folytatható)</i>

¹A kórtörténeti összefoglalóhoz tartozó és az ellátás szakmai indokoltságát alátámasztó egészségügyi dokumentációk (zárójelentések, ambuláns lapok, leletek stb.) csatolandók.

Kérelmezett orvostechnikai eszköz és/vagy egészségügyi ellátás választásának indokolása^{1,2}:

--

¹A kérelmezett diagnosztikus és/vagy terápiás eszköz/ellátás magyarországi szakmai elfogadottságát igazoló dokumentum vagy annak elérhetősége (link) csatolása szükséges.

²A kérelmezett eszközmennyiség indokolását is itt kell feltüntetni.

Kérelmezett orvostechnikai eszközt és/vagy egészségügyi ellátást javasló szakorvos és egészségügyi szolgáltató adatai:

kezelő orvos neve és pecsétszáma:	
egészségügyi szolgáltató megnevezése:	
egészségügyi szolgáltató címe:	
egészségügyi szolgáltató elérhetősége (email, telefonszám):	

Kérelmezett orvostechnikai eszköz felhasználási helye és/vagy egészségügyi ellátás elvégzését vállaló egészségügyi szolgáltató adatai (amennyiben nem azonos a javaslattevővel):³

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

³ Amennyiben az ellátást végző egészségügyi intézmény nem azonos az ellátásra javaslatot tevő szolgáltatóval, úgy kérjük a „Nyilatkozat ellátás/beavatkozás elvégzéséről” nyomtatványt kitöltve, aláírva csatolni a kérelemhez.

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

forgalmazó megnevezése	
forgalmazó címe	
forgalmazó adószáma	

Nyilatkozom, hogy a kérelmezett ellátás (beavatkozás) szakmai indokoltságát alátámasztó egészségügyi dokumentációkat összefoglalva, a kérelmezett beavatkozás elvégzése és/vagy a megjelölt orvostechnikai eszközök felhasználása orvos szakmai szempontból indokolt a Biztosított esetében, továbbá a közfinanszírozottan elérhető egészségügyi ellátásokkal összevetve a Biztosított egészségi állapota által indokolt, megfelelő, hatékonyabb diagnosztikus/terápiás ellátás biztosítható.

Kelt:

év hó nap

.....
ellátást javasló kezelő szakorvos
aláírása és orvosi bélyegzője

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 javasló és egyben 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

Folytatás (mezőtartalom folytatása):