

Szakorvosi javaslat támogatással történő gyógyszerrendeléshez

Beteg	Orvos
neve:	neve:
lakcíme:	munkahely (rendelő) címe:
.....
születési ideje:	munkahely (rendelő) telefonszáma:
TAJ:	működési engedély száma: ¹

BNO kód ²	Javasolt gyógyszer				Támogatási kategória			Javaslat időtartama
					Emelt - EÜ. tér. köt.		Kiemelt – 100% EÜ. rend.	
	hatóanyaga	hatáserőssége	beviteli módja	adagolása	tám. mértéke ³ :	ind. pont sorsz. ⁴	ind. pont sorsz. ⁴	

Kelt:

P.H.

.....
Orvos saját kezű aláírása, valamint az orvosi bélyegző azonosítható lenyomata

¹ Egészségügyi vállalkozás esetén töltendő ki.

² Betegség Nemzetközi Oszt. szerinti kód. – (pl.: J4590) - ld. www.oep.hu/gyogyszer - publ. gyógyszertörzs (PUPHA), - ill. 32/2004. (IV.26.) ESZCSM rend. 2., 3., sz. melléklet

³ támogatás százalékos mértéke - Emelt támogatási kategória esetén (pl.: 50%; 70%; 90%)

⁴ A felírási jogosultságot meghatározó indikációs pont. - (pl.:6/b) - ld. www.oep.hu/gyogyszer - publikus gyógyszertörzs (PUPHA)