

# NEMZETI EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI ALAPKEZELŐ

## KÓRTÖRTÉNETI ÖSSZEFOGLALÓ / KEZELÉSI TERV / ÁRAJÁNLAT és NYILATKOZAT fogorvosi ellátás egyedi méltányossági finanszírozásához (kezelőorvos tölti ki)

Biztosított neve:		TAJ száma:	
Születési helye és ideje:		Lakcíme, levelezési címe:	
Fogorvos		Szolgáltató	
neve:		neve:	
címe:		címe:	
vármegyekód:		NEAK kód:	
pecsét-száma:		munkahely 9 jegyű azonosító:	
Diagnózis:		BNO kód:	
Társbetegségek:			
Kórtörténeti összefoglaló (3 hónapnál nem régebbi):			
Kezelési terv (száj szanálását követően készített), állcsontonkénti/fogankénti bontásban, status rögzítésével, hiányzó, meglévő, fogak jelölésével, meglévő fogak állapotának feltüntetésével (mellékletként csatolható):			
Szakorvosi vélemény az eszközrendelés szükségességéről (orvosszakmai indok):			
Részletes árajánlat (kezelési tervnek megfelelő, fogorvosi munkadíjra vonatkozó, állcsontonként/foganként):			
Nyilatkozat a kezelési tervben rögzített, tervezett ellátás vállalásáról:			

Kelt:

év

hó

nap