

NEMZETI EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI ALAPKEZELŐ

KÉRELEM

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

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

Alulírott,

név:	
-------------	--

azzal a kéréssel fordulok a tiszttel 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 mellékletek

Körtörténeti 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