

Orvosi/ Optometrista javaslat
egészségpénztári szolgáltatások igénybevételéhez
(Egy orvosi javaslat 1 fő részére állítható ki!)

Kérjük, a nyomtatványt nyomtatott NAGYBETŰKKEL kitölteni, valamint a megfelelő négyzeteket X-szel megjelölni.

1. IGÉNYBEVEVŐ ADATAI (PÉNZTÁRTAG VAGY PÉNZTÁRHOZ BEJELENTETT KÖZELI HOZZÁTARTOZÓ)

Az orvosi/optometrista javaslat

a.) **Pénztártag** részére

Pénztártag neve: _____

Születési ideje: _____ Pénztártagi azonosító: _____

VAGY

b.) **Pénztártag által bejelentetett közeli hozzátartozója (szolgáltatásra jogosultja)** részére

Szolgáltatásra jogosult neve: _____

Szolgáltatásra jogosult születési ideje: _____

Pénztártag (aki révén jogosult) tagi azonosító száma: _____

2. JAVASOLT SZOLGÁLTATÁS MEGJELÖLÉSE (TÖBB SZOLGÁLTATÁS FAJTA IS MEGJELÖLHETŐ)

Fent nevezett személy részére a következő szolgáltatás (ok) igénybevételét javaslom:

Látás javítását elősegítő eszközök (szemüveg, kontaktlencse) viselete

Napszemüveg viselete fokozott fényérzékenység miatt

3. NYILATKOZAT ÉS ALÁÍRÁS

Jelen orvosi/optometrista javaslat 20..... napjáig érvényes.

Jelen orvosi/optometrista javaslat **HATÁROZATLAN** időre érvényes.

Jelen igazolás fenti személy kérésére, a Medicare Egészségpénztár által finanszírozható szolgáltatások igénybevételéhez került kiállításra.

Kelt: 20.... ..

P. H.

Kiállító orvos vagy optometrista aláírása és pecsétje

