

## EP 006 ORVOSI JAVASLAT EGÉSZSÉGPÉNZTÁRI SZOLGÁLTATÁSOK IGÉNYBEVÉTELÉHEZ

Az orvos tölti ki az orvosi vizsgálat és a vizsgált személlyel történő konzultáció alapján.

### 1 PÉNZTÁRTAG ADATAI (A \*-al jelölt mezők kitöltése kötelező. Kérjük, NYOMTATOTT BETŰKKEL töltsé ki!)

Tagi azonosító\*: \_\_\_\_\_ Adóazonosító jel\*: \_\_\_\_\_

Név\* (a személyi azonosító okmányon szereplő előnév, családi név, utónevek): \_\_\_\_\_

Születési hely\*: \_\_\_\_\_ Születési dátum\*: \_\_\_\_\_

Az orvosi javaslat a pénztártag közeli hozzátartozója részére került kiállításra?  igen  nem

Közeli hozzátartozó neve\* (a személyi azonosító okmányon szereplő előnév, családi név, utónevek): \_\_\_\_\_

Születési hely\*: \_\_\_\_\_ Születési dátum\*: \_\_\_\_\_

### 2 JAVASLAT

A vizsgált személy egészségi állapotára való tekintettel számára az alábbiakat javaslom

Látás javítását elősegítő fénytani eszközök (szemüveg, kontaktlencse) viselése  
(A javaslat napszemüveg viselésére nem vonatkozik).

Hallásjavító eszközök (hallókészülék) használata

Jelen orvosi javaslat fenti személy kérésére, a PRÉMIUM Egészségpénztár által nyújtott szolgáltatások igénybevételének céljából került kiállításra.

Az orvosi javaslat érvényességi ideje:  a kiállítástól számítva \_\_\_\_\_ év.

visszavonásig érvényes.

Település: \_\_\_\_\_ Dátum: \_\_\_\_\_

Javaslatot tevő orvos aláírása, pecsétje

### 3 NYILATKOZAT

Aláírással hozzájárulok, hogy az Egészségpénztár az orvosi javaslatot rögzítse és feldolgozza. Nyilatkozom, hogy a javaslatot adó orvos részére egészségi állapotomat illetően teljes körű információt nyújtottam, adatot nem titkoltam el. Elismerem, hogy a javaslat kiállítója a hibás vagy hiányos adatokon alapuló javaslatért felelősséggel nem tartozik. Kötelezem magam, hogy amennyiben a javaslat kiállítása után az egészségpénztári szolgáltatás igénybe vételét befolyásoló változás következik be egészségi állapotomban, arról az Egészségpénztárat tájékoztatom.

Település: \_\_\_\_\_ Dátum: \_\_\_\_\_

Pénztártag saját kezű aláírása