

ORVOSI JAVASLAT

egyes egészségpénztári szolgáltatások igénybevételéhez

Pénztártag neve*: _____ Tagi azonosító*: _____
Születési, hely és idő*: _____ Anyja neve: _____
*-gal jelölt adatok minden esetben kitöltendőek!

Megnevezett személy(ek)nek az alábbi termékek / szolgáltatások igénybevételét javaslom:

Név / születési idő	Javasolt termék / szolgáltatás (az orvos jelöli)		
	szemüveg, kontaktlencse + ápolószerek, napszemüveg (fényérzékenység miatt)	hallásjavító eszközök	otthoni gondozás
Pénztártag részére			

Alábbi szolgáltatásra jogosult(ak) részére:

Név: _____ születési idő: _____			
Név: _____ születési idő: _____			
Név: _____ születési idő: _____			
Név: _____ születési idő: _____			

Javaslat érvényességi ideje: (Kérjük jelölni!)

Egyszeri alkalom	Határozott idő: _____ -ig	Lejárat nélkül
------------------	---------------------------	----------------

Kelt:....., 20.....

.....
Orvos aláírása / bélyegzője

Az orvosi javaslattal kapcsolatos tudnivalók:

- Bármely orvostól, azaz a Pénztárral nem szerződött orvostól is elfogadható.
- Az orvosi javaslatoknak nincs formai követelménye, de célszerű és javasolt az Orvosi javaslat nyomtatvány használata az igazolás kiállításához. Fénytani eszköz vásárlása esetén optometrista javaslat is beküldhető.
- Kiállítható eseti jelleggel/ határozott időre/ lejárat nélkül, az igazolást a Pénztártag juttatja el a Pénztárba a készpénzes számlához csatolva vagy önállóan.
- A Pénztár személyes egészségügyi adatokat nem kezel, nem igényel, vagy kap. Esetleges vizsgálati eredmények nem, kizárólag a nyomtatvány kerül beküldésre a Pénztárba, melyet a Pénztár könyvviteli és adóügyi okmányként megőriz.