

ORVOSI JAVASLAT

(egyed egészségpénztári szolgáltatások igénybevételehez)

Pénztártag neve*: _____ Tagi azonosító*: _____
 Születési, hely és idő*: _____ Anyja neve: _____

*-gal jelölt adatok minden esetben kitöltendőek!

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

Név / születési idő	Javasolt termék / szolgáltatás (az orvos jelöli)		
	szemüveg, kontaktlencse + ápolószerek, napszemüveg (fényérzékenység miatt)	hallásjavító eszközök	otthoni gondozás
Pénztártag részére <input type="checkbox"/> (Kérjük jelölni!)			

Alábbi szolgáltatásra jogosult(ak) részére:

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

Javaslatok érvényességi idejének lejártá a kiállításától számított 5 év.

....., 20.....

.....
Orvos aláírása / bélyegzője

Az orvosi javaslattal kapcsolatos tudnivalók:

- Bármely orvostól, azaz a Pénztárral nem szerződött orvostól is elfogadható,
- Beszerezhető eseti, egy alkalomra szólóan - ekkor a tag a számlához csatolva küldi be azt a Pénztárba,
- Beszerezhető a tag által hosszabb időtartamra, (javasolt) több szolgáltatásra egyszerre megkérni (maximum 5 évre lehet érvényes),
- Amennyiben 5 évnél kevesebb időre szól a javaslat, az időpontot kérjük külön megjelölni.
- A Pénztár személyes egészségügyi állapotra vonatkozó adatokat nem kezel, nem kér és nem kap. Az orvosi javaslatoknak nincs formai követelménye, de célszerű és javasoljuk, hogy ezt az Orvosi javaslat nyomtatványt használják a tagok és az orvosok.
- Esetleges vizsgálati eredmények nem, kizárólag ez a nyomtatvány kerül beküldésre a Pénztárba, melyeket megőrizzük könyvviteli és adóügyi okmányként.
- A nyomtatványt a Pénztártag juttatja el a Pénztárba.