



**Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő**  
Ártámogatási Főosztály



1139 Budapest, Váci út 73/A Postacím: 1565 Budapest  
Telefon: (1) 298-24-58 Fax: (1) 298-24-57

**Gyógyszer Egyedi Méltányossági – Betegkérelem**

Biztosított neve:	
Születési hely és idő:	
Anyja neve:	
Lakcíme:	
Elérhetősége: (telefonszám, e-mail cím):	
TAJ száma:	

Biztosított képviselőjének (jogi/törvényes) neve:	
---	--

Azzal a kérelemmel fordulok a NEAK-hoz, hogy a kezelőorvos által rendelt ..... gyógyszerhez egyedi méltányosságból a gyógyszer magas ára miatt támogatásban szíveskedjen részesíteni.

Engedélyezés esetén az alábbi gyógyszertárban szeretném a gyógyszert/tápszert kiváltani:

Gyógyszertár neve:	
Gyógyszertár címe:	

Hozzájárulok egyúttal a kérelmemmel kapcsolatban a NEAK rendelkezésére bocsátott személyes és különleges (egészségügyi állapotomra vonatkozó) adataimnak az esetlegesen indításra kerülő egyedi méltányossági regiszterben történő kezeléséhez.

**Kelt:** ....., ... <év> .....<hónap> ..... <nap>.

.....  
aláírás (biztosított, ill. képviselője)