**Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő**

# **KÉRELEM**

# **fogorvosi ellátás egyedi méltányossági finanszírozásához, támogatásához**

(biztosított/törvényes képviselő tölti ki)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Biztosított neve:** | | **TAJ száma:** | |
| **Születési helye és ideje:** | **Lakcíme, levelezési címe:** | | |
| **Anyja neve:** | **Elérhetősége (telefon/mobil/e-mail):** | | |
| **Törvényes képviselő (gondnok) neve:** | **Törvényes képviselő címe:** (ha nem azonos a beteg/gondnokolt lakcímével) | | |
| **Intézetben elhelyezett biztosított esetében kapcsolattartó/gyám megjelölése:** | | | |
| **Intézmény neve:** (Szociális Intézmény, Családsegítő Központ… stb) | | | |
| **Intézmény címe:** | **Elérhetőség (**kapcsolattartó telefon/mobil/e-mail)**:** | | |
| A kérelem tárgya  Fogorvosi munkadíj támogatása □ Fogtechnikai eszköz támogatása □ | | | |
| Kapott-e korábban a kért eszközzel azonos funkciójú gyógyászati segédeszközre méltányossági jogcímen támogatást □ igen ideje: 20……..év………………hó…….nap  …………………□ nem | | | |
| ha igen, a gyógyászati segédeszköz megnevezése: | | | Eng.száma: |
| Implantátum és tartozékai pontos megnevezése, db-száma (tételesen), a forgalmazó árajánlatának megfelelően: | | | |

Alulírott, ………………………………………………………………………………………………………………………… (név) azzal a kéréssel fordulok a Tisztelt NEAK-hoz, hogy a mellékletben feltüntetett fogorvosi ellátás/fogtechnikai eszköz Egészségbiztosítási Alap terhére méltányosságból történő finanszírozását/támogatását engedélyezni szíveskedjen.

Indokaim a következők:

Dátum:

Aláírás (kérelmező)

**Kötelező mellékletek**

Kórtörténeti összefoglaló/Kezelési terv/Árajánlat/ és Nyilatkozat □

Ellátás szakmai indokoltságát alátámasztó egészségügyi dokumentáció □

Fogászati anyagokra vonatkozó allergia teszt eredménye □

Implantátum forgalmazói árajánlata □

Fogtechnikusi árajánlat □

Nyilatkozat az eszköz megfelelőségéről, hasznos technológiai élettartamáról □

Vény □