

EP005 Orvosi javaslat egészségpénztári szolgáltatások igénybevételéhez

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

1.1 Tagi azonosító

1.2 Adóazonosító jel

1.3 Pénztártag neve (a személyi azonosító okmányon szereplő előnév, családi név, utónevek) – minden esetben kitöltendő

1.4 Születési hely

1.5 Születési dátum

1.6 Az orvosi javaslat a Pénztártag közeli hozzátartozója részére került kiállításra?

Igen Nem

1.7 Közeli hozzátartozó neve:

1.8 Születési hely

1.9 Születési dátum

2. Javaslat

2.1 A vizsgált személy egészségi állapotára való tekintettel számára az alábbiakat javaslom

- Gyógyfürdő, mozgásszervi betegeket ellátó nappali kórház, gyógyfürdőkórház, szanatórium, éghajlati gyógyintézet, klímagyógyintézet, gyógyvíz-ivócsarnok, gyógybarlang, valamint közfürdő gyógyászati részlege által nyújtott gyógykezelések igénybevétele
- Otthoni, intézményi gondozás
- Látás javítását elősegítő fénytani eszközök (szemüveg, kontaktlencse) viselése (A javaslat napszemüveg viselésére nem vonatkozik.)
- Hallásjavító eszközök (hallókészülék) használata

Jelen orvosi javaslat fenti személy kérésére, az AXA Önkéntes Egészségpénztár által nyújtott szolgáltatások igénybevételének céljából került kiállításra

2.2 Az orvosi javaslat érvényességi ideje a kiállítástól számítva

év (1-8 év, orvos tölti ki)

2.3 Aláírás

Település

Dátum

Javaslatot tevő orvos aláírása, pecsétje

3. Nyilatkozat

3.1 Nyilatkozat

Aláírással hozzájárulok, hogy az Egészségpénztár az adataimat gyűjtse 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 annak tartalmát befolyásoló változás következik be egészségi állapotomban, arról mind a javaslatot kiállító orvost, mind az Egészségpénztárat tájékoztatom.

3.2 Aláírás

Település

Dátum

A vizsgált személy aláírása