

**Orvosi javaslat (AHEOP-2)**  
egyes egészségügyi szolgáltatások igénybevételéhez

CSAK EREDETI FORMÁBAN NYÚJTHATÓ BE.

|   |
|---|
| <b>PÉNZTÁRTAG ADATAI</b><br>Név: _____ TAJ szám: _____<br>Tagsági azonosító szám: _____ Adóazonosító jel: _____ |
| <b>TÁRSIGÉNYLŐ ADATAI</b><br>Név: _____ TAJ szám: _____<br>Születési hely, idő: _____ Adóazonosító jel: _____   |

Fent nevezett (Kérjük, a megfelelő állítást jelölje egyértelműen X-el! Csak egy személy jelölhető!)

- pénztártag vagy  
 társigénylője

részére az alábbi javaslatot teszem:

| Szolgáltatás / termék  | Megjegyzés |
|--|------------|
| <input type="checkbox"/> Látásjavító eszköz / szolgáltatás         |            |
| <input type="checkbox"/> Hallásjavító eszköz / szolgáltatás        |            |
| <input type="checkbox"/> Otthoni betegápolás, ápolási szolgáltatás |            |

**Az orvosi javaslat a kiállításától számított 5 évig érvényes.**

Kelt: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap

\_\_\_\_\_  
orvos aláírása, bélyegzője