**Biztosított nyilatkozatA**

**nagyértékű gyógyászati segédeszköz egészségbiztosítói ellenjegyzéséhez**

**(14/2007. (III.14.) EüM rendelet 13/A.§ (2)bekezdés d) pontja alapján**

**Biztosított neve:**

**Születési helye, ideje:**

**TAJ-száma:**

**Kgy. ig. száma:**

**Lakcíme:**

**Az ellenjegyzendő gyógyászati segédeszköz megnevezése (ISO-kódja):**

**Biztosítotti nyilatkozat**

**Kijelentem,** hogy a számomra rendelt, egészségbiztosítói ellenjegyzéshez kötött, gyógyászati segédeszközt ismerem, (kipróbáltam), használatára képes vagyok, szükségem van rá, arra igényt tartok.

**Tudomásul veszem**, hogy kihordási időn belül másik azonos terméket csak a hatályos jogszabályok által meghatározott esetben kaphatok, és köteles vagyok a felírt eszközt elvárható gondossággal, rendeltetésszerűen használni.

**Vállalom** a társadalombiztosítási támogatással rendelhető gyógyászati segédeszköz beteg által fizetendő térítési díját *(közgyógyellátási jogosultság esetén térítési díjat nem kell fizetni),* ésegyüttműködést az esetlegesen felmerülő szervizelésben, javításban,

**Dátum: ………………………………….**

 **……………………………**

 **biztosított**

 **P.H.**

 **……………………………**

 **szakorvos aláírása**