**Biztosított nyilatkozatA**

**az általa aktuálisan használt gyógyászati segédeszközről**

(14/2007 EüM.r. 13.§.(11) bekezdés alapján)

Biztosított neve:

Születési helye, ideje:

TAJ-száma:

Közgy. ig. száma:

Lakcíme:

A jelenleg használatában lévő gyógyászati segédeszköz megnevezése:

K-113 szilikonos ujjpótlás

Az ismételt rendelés kezdeményezője: biztosított xx

 orvos

 egyéb ……………………………………….

Az ismételt rendelés indoka: orvosi javallatra

 kihordási idő letelt xx

 tönkrement, használhatatlan

elveszett

 egyéb: ……………………………………………………….

Az beteg véleménye az aktuálisan használt gyógyászati segédeszközről

Rendeltetésének megfelelő használatra alkalmas volt-e? igen nem

Ha nem, annak oka:

Célnak megfelelt-e? igen nem

Ha nem, annak oka:

**Dátum:**

 ……………………………

 biztosított