

EGYSZERŰSÍTETT ORVOSI BIZONYÍTVÁNY

Kiskorú vagy táppénzre nem jogosult részére, 28 napon túl gyógyuló sérülés esetén egyszeri támogatás igénybevételéhez

Lehetőleg a sérülést első ízben ellátó orvos (gyógyintézet) töltsse ki.

A sérült családi és utóneve: _____

Születési ideje: _____ év _____ hó _____ nap

Lakcíme: _____ helység,
 _____ út/utca, házszám

Az orvos családi és utóneve: _____

Rendelőjének címe: _____ helység,
 _____ út/utca, házszám

Kérdés	Válasz
A A sérülés okozta betegállomány első napja:	_____ év _____ hó _____ nap
Utolsó napja:	_____ év _____ hó _____ nap
B Ha nem jogosult táppénzre, a folyamatos munkaképtelenség első napja:	_____ év _____ hó _____ nap
Utolsó napja:	_____ év _____ hó _____ nap

Kelt: _____, _____ év _____ hó _____ nap

kezelőorvos saját kezű aláírása és pecsétje