

MAGYAR ÁLLAMKINCSTÁR

Erkezési bélyegző

és iktatószám: [REDACTED]

IGAZOLÁS

tartósan beteg, illetőleg súlyosan fogyatékos gyermekről

Igenylő neve: [REDACTED] Szül: [REDACTED] év [REDACTED] hó [REDACTED] nap
Lakcím: [REDACTED] Taj-száma: [REDACTED] - [REDACTED] - [REDACTED]
Gyermek Ta.-száma: [REDACTED] - [REDACTED] - [REDACTED] Szül: [REDACTED] év [REDACTED] hó [REDACTED] nap

Szakorvos állítja ki!

I.

Gyermek neve: [REDACTED]

Anyja neve: [REDACTED]

Igazolom, hogy a fent nevezett gyermek - tartós betegsége, illetve súlyos fogyatékosága miatt - a családok támogatásáról szóló 1998. évi LXXXIV. törvény 4. §-ának (a) pontjában foglaltaknak megfelel.

Diagnózis: Glutén-szenzitív enteropathia (coeliakia)

Betűjele: A/2

Számjele: 1

Fenti betegség, súlyos fogyatékoság a kiállítás dátumát megelőzően legalább 2 hónapon keresztül fennállt nem állt fenn.

- Következő felülvizsgálat időpontja: [REDACTED] év [REDACTED] hó [REDACTED] nap

- Az állapot véglegessége folytán rendszeres felülvizsgálat nem szükséges.

Kiállítás dátuma: 2003. 12. 18.

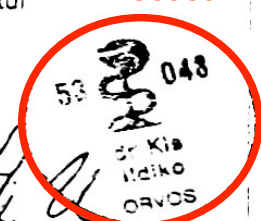
Gyermek Orvosi Osztály és Rendelés

Tel.: 06-30-902 1100

Fax: 06-30-902 1102

06-30-902 1108

Pecsét



szakorvos

intézményi bélyegző helye

Szakorvos állítja ki!

II.

Gyermek neve: _____

Anyja neve: _____

A fent nevezett gyermek - tartós betegség, illetve súlyos fogyatékoság hiányában - a családok támogatásáról szóló 1998. évi LXXXIV. törvény 4. §-ának (a) pontjában foglaltaknak nem felel meg.

Kiállítás dátuma: _____

P. H.

szakorvos

intézményi bélyegző helye

Szakorvos állítja ki!

III.

Gyermek neve: _____

Anyja neve: _____

Igazolom, hogy a fent nevezett gyermek tartós betegsége, illetve súlyos fogyatékosága - állapotjavulás, illetve gyógyulás miatt - a kiállítás dátumától nem felel meg a családok támogatásáról szóló 1998. évi LXXXIV. törvény 4. §-ának (a) pontjában foglalt feltételeknek.

Kiállítás dátuma: _____

P. H.

szakorvos

intézményi bélyegző helye