

**Figyelem!** Az adatlap kitöltése előtt kérjük, figyelmesen olvassa el a kitöltési útmutatót! Az adatlap elektronikusan, illetve kék vagy fekete színű golyóstollal, jól olvashatóan, nyomtatott nagybetűkkel tölthető ki! Olvashatatlan vagy hiányos igénylést a NEAK nem tud teljesíteni.

**Vényigénylő lap finanszírozott egészségügyi szolgáltató orvosa számára  
a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő orvosi vényeinek rendeléséhez**

|                                                                                                           |                                                  |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------|
| <b>1. Az orvos adatai</b>                                                                                 |                                                  |                          |
| Az orvos neve:                                                                                            |                                                  |                          |
| Az orvos nyilvántartási száma (pecsétszám):                                                               | (5 karakter)                                     |                          |
| Szakvizsga (szakvizsgák) megnevezése:                                                                     | (maximum 50 karakter)                            |                          |
| <b>2. Az orvos munkahelyére vonatkozó adatok</b>                                                          |                                                  |                          |
| A munkahely finanszírozási szerződésének száma:                                                           | (munkáltató tölti ki)                            |                          |
| A munkahely neve:                                                                                         |                                                  |                          |
| A munkahely kilencjegyű azonosító kódja:                                                                  |                                                  |                          |
| A munkahely címe:                                                                                         | irányítószám                                     | helység<br>utca, házszám |
| A munkahely telefonszáma:                                                                                 | (formátum: 06-XX-YYY-ZZZZ, ahol XX a körzetszám) |                          |
| <b>3. Az igényelt vény típusa, mennyisége</b>                                                             |                                                  |                          |
| Az igényelt vény típusa: <input type="checkbox"/> általános vény <input type="checkbox"/> szemészeti vény |                                                  |                          |
| Az igényelt vény mennyisége:                                                                              | db                                               |                          |

*Az orvos nyilatkozata:*

Aláírással annak tudomásul vételéről is nyilatkozom, hogy a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) az ezen a vényigénylő lapon rendelt vényeket a munkahelyem fent megadott címére szállítja ki térítésmentesen, és a szakképesítemre (szakképesítéseimre) vonatkozó adatokat az illetékes államigazgatási szerv (ÁEEK Emberi Erőforrás-fejlesztési Főigazgatóság) alapnyilvántartásában szereplő adatok alapján tünteti fel a vényen. Nyilatkozom továbbá arról, hogy a rendelt vényeket a fenti munkahelyen végzett gyógyító munkámhoz kapcsolódóan használom fel.

Aláírással elfogadom, hogy ha a megrendelt vényeket kiszállításkor a 2. pontban megjelölt címen vagy a kiszállítást követő 10 (tíz) naptári napon belül a kézbesítési értesítőn megjelölt átvevőhelyen nem veszem át, úgy a vényeket ezt követően kizárólag a NEAK-nak a munkahely címe szerint illetékes területi kihelyezett szervezeti egységében vehetem át 2.000 (kettőezer) forint kezelési költség megfizetése ellenében. Tudomásul veszem, hogy új megrendelésemet a NEAK mindaddig nem teljesíti, amíg a fentiekben igényelt és legyártott vények átvételére nem kerül sor.

**Kelt (hely / dátum):** ,

.....  
**Orvos aláírása és bélyegzőjének lenyomata**

*A munkahely (intézmény) nyilatkozata:*

Nyilatkozunk arról, hogy jelen vényigénylő lap kitöltője intézményünk orvosa, és a rendelt vényeket intézményünkben végzett gyógyító munkájához kapcsolódóan használja fel.

.....  
**Intézmény képviselőjének aláírása**  
és az intézmény bélyegzőjének lenyomata

## KITÖLTÉSI ÚTMUTATÓ

### A Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő orvosi vényeinek rendeléséhez használandó vényigénylő laphoz, finanszírozott egészségügyi szolgáltató orvosa számára

#### 1. Az orvos adatai

**Az orvos neve:** Az orvosi alapnyilvántartásban, illetve – amennyiben az egészségügyi tevékenység gyakorlása során használt nevet adott meg – a működési nyilvántartásban szereplő nevét (orvosi bélyegzőn szereplő név) kell megadni. Kérjük, vegye figyelembe, hogy a bélyegzőn és a vényen szereplő név semmilyen esetben sem térhet el a hatósági nyilvántartásokban szereplő névtől.

**Az orvos nyilvántartási száma (pecsétszám):** Ebben a mezőben az 5 számjegyű alapnyilvántartási számát szükséges megadni, amely az orvosi bélyegzőjén is megtalálható.

**Szakvizsga (szakvizsgák) megnevezése:** Ebben a mezőben azt az illetékes államigazgatási szerv (ÁEEK Emberi Erőforrás-fejlesztési Főigazgatóság) felé bejelentett, megszerzett szakképesítését/szakképesítéseit szíveskedjen megadni, amit a rendelt vényen kíván szerepeltetni.

#### 2. Az orvos munkahelyére vonatkozó adatok

Annak a munkahelyének az adatait kell itt megadnia, amely munkahelyén a rendelt vényeket használni kívánja, munkavégzésre irányuló jogviszonyt folytat. A fentiekben igényelt vények más munkahelyen, vagy pro familia jogcímen történő gyógyszer, gyógyászati segédeszköz, gyógyászati ellátás, illetve anyatej rendeléséhez nem használhatók fel, továbbá finanszírozott szolgáltatónál az igényelt vényeken történő gyógyszerrendeléshez minden esetben orvos-beteg találkozásnak kell társulnia.

**A munkahely finanszírozási szerződésének száma:** Itt a munkahelye és az egészségbiztosítási pénztár között létrejött **finanszírozási szerződés számát** kell feltüntetni (például: MH Honvédkórház: 01K4032047).

**A munkahely neve:** Annak a munkahelyének az adatait kell itt megadnia, amely munkahelyén a rendelt vényeket használni kívánja. Amennyiben több munkahelye van, úgy a különböző munkahelyekre külön vényigénylő lapot kell kitöltenie!

**A munkahely kilencjegyű azonosító kódja:** Itt a munkahelyének az engedélyező hatóság által kibocsátott határozatban szereplő kilencjegyű azonosítóját kell feltüntetni. Felhívjuk figyelmét, hogy az engedélyező hatóság által kiadott határozaton ez az azonosító „egészségügyi ágazati azonosító kód” megnevezéssel szerepel, „az egészségügyi szolgáltatók és működési engedélyük nyilvántartásáról, valamint az egészségügyi szakmai jegyzékről” szóló 2/2004. (XI. 17.) EüM-rendelet 5. § (1) alapján.

**A munkahely címe:** Kérjük, itt tüntesse fel munkahelyének a címét. Az „utca, házszám” mezőben – amennyiben szükséges – a közterület jellegének (út, utca, tér, köz stb.), valamint az épületnek, emeletnek és ajtószámának a rövidített megjelölését is kérjük

**Figyelem!** Az adatlap kitöltése előtt kérjük, figyelmesen olvassa el a kitöltési útmutatót! Az adatlap elektronikusan, illetve kék vagy fekete színű golyóstollal, jól olvashatóan, nyomtatott nagybetűkkel tölthető ki! Olvashatatlan vagy hiányos igénylést a NEAK nem tud teljesíteni.

feltüntetni (pl.: Nagyvény fasor 23., VI. em. 3.). Kérjük ezt a mezőt különös gondossággal kitölteni, mivel a rendelt vények az itt megadott címre kerülnek kiszállításra.

**A munkahely telefonszáma:** Kérjük, itt adja meg azon (munkahelyi) telefonszámot, amelyen szükség esetén a legkönnyebben elérhető, vagy az Ön számára üzenet hagyható. A telefonszámot kérjük körzetszámmal, illetve mobil-előhívószámmal együtt megadni (pl.: 06-1-987-6543 vagy 06-20-123-4567).

### **3. A rendelendő vény típusa, mennyisége**

**A vény típusa:** Általános vény (gyógyszer, nem optikai célú gyógyászati segédeszköz, gyógyfürdő, anyatej rendelésére) vagy szemészeti vény. Egy vényigénylő lapon csak egy típus jelölhető meg, amennyiben több típusú vényt is rendelni kíván, akkor több igénylőlapot töltsön ki.

**A vény mennyisége:** A lenti táblázat megrendelőnkénti bontásban tartalmazza a minimálisan és a maximálisan rendelhető vények darabszámát.

| <i>Megrendelő</i>                                  | <i>vény típusa</i> | <i>minimum</i> | <i>maximum</i> |
|----------------------------------------------------|--------------------|----------------|----------------|
| Háziorvosi tevékenységet nyújtó szolgáltató orvosa | általános          | 1 000          | 10 000         |
| Finanszírozott egészségügyi szolgáltató orvosa     | általános          | 1 000          | 2 500          |
| Szemész szakképesítéssel rendelkező szakorvos      | szemészeti         | 100            | 500            |

### **4. Nyilatkozatok, aláírások és bélyegző-lenyomatok**

A vényigénylő lapot az orvos saját kezű aláírásával és a gyógyszerrendelésre jogosító bélyegzőjének lenyomatával hitelesíti, valamint dátummal látja el. Az orvos aláírásával egyidejűleg igazolja, hogy a vényigénylő lapon szereplő nyilatkozatban foglaltakat elfogadja és tudomásul veszi.

A vényigénylő lapot az intézmény képviselője – amely finanszírozási tevékenysége keretében a vényt felhasználja az orvos – aláírásával és az intézmény bélyegzőjének lenyomatával hitelesíti.