

Žiadosť o schválenie lieku, ktorého predpísanie schvaľuje revíznny lekár

v zmysle § 4 zákona č. 577/2004 z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v platnom znení

Údaje o poskytovateľovi ZS

Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia:

Meno a priezvisko lekára: Kód lekára:

Tel. kontakt*: **fax:** **e-mail:**

Údaje o poistencovi

Meno a priezvisko poistenca: **Rodné číslo:**

Adresa trvalého bydliska:

Kontaktná (prechodná) adresa*:

Tel. kontakt*: fax / e-mail:

Diagnóza slovom: **MKCH 10**

Názov lieku: **Kód lieku:**

Balenie:

Denná dávka/ frekvencia podávania

Počet originálnych balení na mesiac:

Predpokladaná doba liečby:

Navrhovaný počet originálnych balení : na obdobie:

Zdôvodnenie indikácie lieku:**

.....

.....

.....

.....

Iné dôležité údaje:

.....

Dátum:

.....
podpis a pečiatka navrhujúceho lekára

Poučenie:

Rozhodnutie zdravotnej poisťovne bude zaslané navrhujúcemu lekárovi.

V prípade urgentnosti začatia liečby alebo (pri pokračujúcej liečbe) urgentnosti z dôvodu hroziaceho prerušenia liečby pre neskoré zaslanie uveďte tieto skutočnosti v časti „Iné dôležité údaje“

* kontaktné údaje žiadame vyplniť z dôvodu zjednodušenia kolobehu písomností a urýchlenia schvaľovacieho procesu

** doložiť kópie nálezov, výsledkov vyšetrení a pod.