

| Žiadosť o úhradu neregistrovaného lieku povoleného MZ SR | | | |
|--|--|-----------------|-------------------------------|
| v zmysle zákona č.363/2011 Z.z. a podľa vyhlášky Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č.507/2005, ktorou sa upravujú podrobnosti o povoľovaní terapeutického použitia hromadne vyrábaných liekov, ktoré nepodliehajú registrácii, a podrobnosti o ich úhrade na základe verejného zdravotného poistenia | | | |
| STUPEŇ NALIEHAVOSTI | 1. životne dôležitý <input type="checkbox"/> 2. nebezpečenstvo z omeškania <input type="checkbox"/> 3. dôležitý <input type="checkbox"/> | | |
| POVOLENIE MZ SR | pod číslom | zo dňa | |
| IDENTIFIKAČNÉ ÚDAJE ŽIADATEĽA | Obchodné meno a adresa vrátane PSČ (Ak ide o fyzickú osobu – meno, priezvisko, adresa a PSČ) | | |
| | Miesto prevádzkovania zdravotníckeho zariadenia | | |
| | Meno ošetrojúceho lekára | Telefónne číslo | Faxové číslo e-mail |
| ÚDAJE O LIEKU | Názov lieku | Lieková forma | Veľkosť balenia Cesta podania |
| | Kvalitatívne a kvantitatívne zloženie lieku s uvedením liečiv | | |
| | Indikácie lieku, na ktorú je žiadané povolenie na terapeutické použitie | | |
| | Dávkovanie lieku | | |
| | Cena lieku od výrobcu alebo dovozcu | | |
| | Vyčíslenie nákladov na liečbu liekom pri výdaji v ústavnej lekární <input type="checkbox"/> vo verejnej lekární <input type="checkbox"/> | | |
| ÚDAJE O POISTENCOVI* | Meno, priezvisko | Rodné číslo | Telefónne číslo |
| | Adresa bydliska | PSČ | |
| | Diagnóza vrátane čísla MKCH | | |
| | Písomný súhlas pacienta alebo jeho zákonného zástupcu s terapeutickým použitím neregistrovaného lieku | | |
| ÚDAJE O POISTENCOCH** | Údaje o skupine poistencov, pre ktorých sa žiada súhlas s úhradou tvoria neoddeliteľnú súčasť žiadosti. Zoznam poistencov obsahuje údaje: meno a priezvisko poistenca, rodné číslo, adresa trvalého bydliska diagnóza slovom a diagnóza MKCH, údaje o doterajšej liečbe. | | |
| | Skupinu tvorí nasledujúci počet poistencov | | |
| ÚDAJE O LIEČBE | Porovnateľné registrované lieky | | |
| | Odôvodnenie žiadosti s uvedením dôvodu, prečo nie je možné použiť štandardné terapeutické postupy použitím dostupných registrovaných porovnateľných liekov | | |
| | Odôvodnenie požadovaného množstva lieku a dĺžky liečby | | |
| | Predpoklad opakovania žiadosti áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> | | |

* vyplňuje sa pri žiadosti o úhradu neregistrovaného lieku pre jedného pacienta

** vyplňuje sa pri žiadosti o úhradu neregistrovaného lieku pre skupinu pacientov

| | | |
|---|---|--|
| FORMA ZABEZPEČENIA LIEKU | Priamo od výrobcu <input type="checkbox"/> | Prostredníctvom veľkodistribútora <input type="checkbox"/> |
| | Do nemocničnej lekárne (adresa a telefónne číslo) | |
| | Do verejnej lekárne (adresa a telefónne číslo) | |

VYJADRENIE: (vyplňuje sa, ak žiadateľ je zamestnancom zdravotníckeho zariadenia ústavnej starostlivosti)

| | |
|--|--------|
| Odtlačok pečiatky riaditeľa zdravotníckeho zariadenia | |
| Dátum | podpis |

| | |
|---|--------|
| Odtlačok pečiatky primára navrhujúceho oddelenia zdravotníckeho zariadenia | |
| Dátum | podpis |

| | |
|---|--------|
| Komisia pre racionálnu farmakoterapiu a liekovú politiku zariadenia ústavnej starostlivosti | |
| Dátum | podpis |

| | |
|----------------|--------|
| Etická komisia | |
| Dátum | podpis |

VYJADRENIE: (vyplňuje sa, ak žiadateľ nie je zamestnancom zdravotníckeho zariadenia ústavnej starostlivosti)

| | |
|--|--------|
| Krajský odborník MZ SR pre špeciálny odbor | |
| Dátum | podpis |

| | |
|---|--------|
| Komisia pre racionálnu farmakoterapiu a liekovú politiku zariadenia ústavnej starostlivosti alebo samosprávneho kraja | |
| Dátum | podpis |

| | |
|------------------------------------|--------|
| Etická komisia samosprávneho kraja | |
| Dátum | podpis |

STANOVISKO Union zdravotnej poisťovne, a.s.:
S úhradou

súhlasím
nesúhlasím

| | |
|--|--------|
| Riaditeľ ÚRZČ Union zdravotnej poisťovne, a.s. | |
| Dátum | podpis |

| | |
|--|--------|
| Revizný farmaceut Union zdravotnej poisťovne, a.s. | |
| Dátum | podpis |

Poučenie:

Povinnou prílohou žiadosti je kópia povolenia vydaného Ministerstvom zdravotníctva SR.

Aktuálne informácie o ochrane Vašich osobných údajov nájdete na našom webovom sídle www.union.sk v časti Ochrana osobných údajov.