

Union zdravotná poisťovňa, a.s.

Karadžičova 10

814 53 Bratislava

Tel.: 0850 003 333

Žiadosť o schválenie lieku, ktorého predpísanie schvaľuje zdravotná poisťovňa\*

v zmysle § 3 zákona č. 363/2011 Z. z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia 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: \*\*…………………… e-mail: ………………………………………….

Diagnóza slovom: ...........................................................................................................................

Kód Dg podľa MKCH-10-SK-2013: ......................... Dg slovom: ………………………………..

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

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“

\* vyplniť v dvoch vyhotoveniach

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

\*\*\*doložiť kópie nálezov, výsledkov, vyšetrení apod.