

**Žiadosť na schválenie úhrady lieku, zdravotníckej pomôcky alebo dietetickej potraviny uvedených v Zozname liekov, Zozname zdravotníckych pomôcok alebo Zozname dietetických potravín plne uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia pri nesplnení preskripčného obmedzenia alebo indikačného obmedzenia**

[podľa §88 ods.7 zákona č. 363/2011 Z. z. v znení neskorších predpisov]

**Navrhujúce zdravotnícke zariadenie**

Názov:

Ulica, obec, PSČ:

**Ošetrojúci lekár**

Meno a priezvisko lekára:

Kód lekára:

Kód poskytovateľa:

Telefón:

Fax:

E-mail:

**Poistenec**

Meno a priezvisko poistenca:

Rodné číslo:

Ulica, obec, PSČ:

Telefón:

Fax:

E-mail:

**Diagnóza**

Slovom:

Kód podľa MKCH10:

navrhovaný liek

zdravotnícka pomôcka

dietetická potravina

Kód:

Názov:

Doplnok názvu:

Dávkovanie:

Počet kusov/balení:

Na obdobie:

Predpokladaná celková dĺžka liečby:

**Nesplnená podmienka**

preskripčného obmedzenia

indikačného obmedzenia

**Zdravotné odôvodnenie**

---

**Výsledky laboratórných vyšetrení a závery\*)**

---

**Výsledky rádiodiagnostických vyšetrení a závery\*)**

---

**Doteraz predpísané lieky, zdravotnícke pomôcky, dietetické potraviny**

	názov lieku, ZP, DP	začiatok liečby	koniec liečby	dôvod ukončenia
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

---

**Iná terapia (okrem farmakoterapie)**

---

**Iné dôležité záznamy o zdravotnom stave a chorobe poistenca, ktoré majú súvis so žiadosťou**

---

Dátum:

---

pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára

\*) vyplňa sa len pri žiadosti na schválenie úhrady lieku  
Žiadosť sa vyhotovuje 2x (pre ošetrojúceho lekára, pre poisťovňu)