

---

**Žiadosť na schválenie úhrady registrovaného lieku, registrovanej zdravotníckej pomôcky alebo dietetickej potraviny, ktoré nie sú uvedené v Zozname kategorizovaných liekov, Zozname kategorizovaných zdravotníckych pomôcok alebo Zozname kategorizovaných dietetických potravín**

---

**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**, ktorý nie je uvedený v platnom Zozname liečiv a liekov uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia

Kód: ATC skupina lieku:

Názov:

Doplňok názvu:

Dávkovanie:

Počet kusov/balení:

Na obdobie:

Predpokladaná celková dĺžka liečby:

Predpokladaná jednotková cena za balenie (€):

**Doteraz predpísané lieky\*)**

	ATC skupina	kód lieku	názov lieku	výsledok liečby/dôvod ukončenia
1.				
2.				
3.				

**Alternatívne lieky pre dané ochorenie a odôvodnenie nevhodnosti ich podávania**

	ATC skupina	kód lieku	názov lieku	odôvodnenie
1.				
2.				
3.				

---

\*) Pri výskyte nežiaducich účinkov priložiť aj kópiu hlásenia o nežiaducom účinku

---

**Navrhovaná zdravotnícka pomôcka**, ktorá nie je uvedená v platnom Zozname zdravotníckych pomôcok uhrádzaných na základe zdravotného poistenia

Kód:

Názov:

Doplňok názvu:

Číslo schvaľovacieho výmeru, certifikátu, Identifikačný list ZP, Vyhlásenie o zhode\*):

Počet kusov/balení:

Na obdobie:

Predpokladaná doba používania ZP:

Predpokladaná jednotková cena za balenie:

**Doteraz predpísané zdravotnícke pomôcky**

	kód ZP	názov ZP	odôvodnenie nevhodnosti
1.			
2.			
3.			

---

**Navrhovaná dietetická potravina**, ktorá nie je uvedená v platnom Zozname dietetických potravín uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia

Kód:

Názov:

Doplňok názvu:

Počet kusov/balení:

Na obdobie:

Predpokladaná doba používania DP:

Predpokladaná jednotková cena za balenie:

**Alternatívne dietetické potraviny pre dané ochorenie a odôvodnenie nevhodnosti ich podávania**

	kód DP	názov DP	odôvodnenie nevhodnosti
1.			
2.			
3.			

---

**Zdravotné odôvodnenie**

---

Dátum:

pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára

---

\*) Priložiť kópiu platného schvaľovacieho výmeru