

**Žiadosť o úhradu lieku/dietetickej potraviny podľa § 88 ods. 7 zákona č. 363/2011 Z. z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov**

**Zdravotnícke zariadenie (názov a adresa):**

Ošetrojúci lekár:

telef. číslo:

Kód ošetrojúceho lekára:

e-mailová adresa:

**Meno a priezvisko poistenca/-nky VŠZP:**

Číslo poistenca/-nky (rodné číslo):

Trvalý pobyt:

Kód pobočky VŠZP:

Diagnóza slovom:

Kód podľa MKCH:

**Indikovaný liek/dietetická potravina (DP)\*:**

- kód: ATC skupina:
- názov:
- doplnok názvu:
- dávkovanie lieku/DP\*):
- hmotnosť pacienta:
- navrhovaný počet originálnych balení lieku/DP/ZVJ u liekov s úhradou „A/AS“\*) na časové obdobie:
- cena výrobcu/bal:

**Doteraz predpísané lieky/DP\*):**

kód	ATC skupina	názov	odôvodnenie nemožnosti ďalšieho podávania
-----	-------------	-------	---

.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

(pri výskyte nežiaducich účinkov priložiť kópiu hlásenia o nežiaducom účinku lieku)

**Alternatívne lieky pre dané ochorenie a odôvodnenie nevhodnosti ich podania:**

kód	ATC skupina	názov	odôvodnenie
-----	-------------	-------	-------------

.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

**Epikríza a odôvodnenie žiadosti (pri žiadosti o pokračovanie liečby vyhodnotenie efektívnosti a tolerancie liečby):**

- priložiť kópiu príslušných výsledkov laboratórných a zobrazovacích vyšetrení (pri onkologickej liečbe aj hodnotenie podľa RECIST kritérií),
- v prípade žiadosti o úhradu DP, ktorá nie je zaradená v platnom Zozname kategorizovaných dietetických potravín priložiť aj kópiu povolenia uvedenia na trh, vydaného Úradom verejného zdravotníctva,
- v prípade žiadosti o úhradu lieku s povolením MZ SR priložiť aj kópiu klinickej štúdie s vyhodnotením minimálne 2. etapy skúšania lieku, kópiu žiadosti odoslanej MZ SR o povolenie použitia neregistrovaného lieku/registrovaného lieku v neregistrovanej indikácii a kópiu povolenia MZ SR.

Dátum.....

.....  
Podpis a odtlačok pečiatky  
ošetrojúceho lekára

\*) Nehodiace sa vymazať