

**ZAHTEJEV ZA ODOBRENJEM LIJEČENJA OSIGURANE OSOBE
LIJEKOM KOJI NIJE UVRŠTEN U OSNOVNU NITI DOPUNSKU LISTU LIJEKOVA**

1. PODACI O OSIGURANOJ OSOBI

Ime i prezime		Datum rođenja	
Broj osigurane osobe		Spol	M / Ž
Adresa:			

2. DIJAGNOZA BOLESTI

--

3. IME LIJEKA ZA KOJI SE TRAŽI ODOBRENJE (generičko i zaštićeno ime lijeka, oblik lijeka)

--

4. PODACI O TIJEKU BOLESTI I NALAZI UČINJENIH PRETRAGA

Tijek bolesti (kada i kako je bolest počela, kada i u kojoj ustanovi je postavljena dijagnoza, nalazi kojih dijagnostičkih pretraga su potvrdili dijagnozu itd.)
Dosadašnja terapija
Razlog zbog kojeg se u liječenju ne može primijeniti neki lijek s važećih Lista lijekova

5. PODACI O PREPORUČENOM LIJEKU

Preporučeni lijek, dnevna doza, shema primjene lijeka, predviđeno trajanje liječenja	
Preporuka za primjenu lijeka: datum: ime i prezime specijaliste: bolnica:	
Liječenje preporučenim lijekom planira se započeti (navesti datum): i provoditi u (navesti bolničku zdravstvenu ustanovu):	
Preporučeni lijek za navedenu indikaciju registriran je za primjenu u Republici Hrvatskoj: ili u nekoj državi EU (navesti kojoj):	da / ne
Preporučena primjena lijeka - iz razloga uključivanja bolesnika u kliničko ispitivanje lijeka:	da / ne
Preporučeni lijek - trošak liječenja pokriven sredstvima iz zaprimljenih donacija:	da / ne

6. SUGLASNOST BOLNIČKOG POVJERENSTVA ZA LIJEKOVE

(kojom se prihvaća činjenica da trošak liječenja tereti sredstva bolničkog proračuna)

Ime lijeka, dnevna doza, shema primjene lijeka, vremenski period za koji se odobrava liječenje		
Datum	Bolnička zdravstvena ustanova (faksimil)	Potpis Predsjednika Povjerenstva (faksimil)