

Wniosek na farmakoterapię niestandardowa

Do Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego NFZ

Dane świadczeniodawcy składającego wniosek:

Nazwa	
-------	--

Numer umowy z Funduszem w rodzaju Leczenie szpitalne	
--	--

Dane świadczeniobiorcy (pacjenta)

PESEL | |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Opis świadczenia z podaniem substancji czynnej w ramach farmakoterapii niestandardowej wraz z uzasadnieniem medycznym jej zastosowania

Nazwa leku	Ilość leku	Dawkowanie leku	Sumaryczna wartość leku we wnioskowanej farmakoterapii

Planowany termin realizacji świadczenia	
---	--

.....
data

.....
podpis i pieczęć
lekarza wnioskującego

Opinia konsultanta wojewódzkiego z danej dziedziny medycyny wraz z uzasadnieniem

--

.....
data

.....
podpis konsultanta