

.....
Pieczęć świadczeniodawcy

**KARTA WŁĄCZENIA PACJENTA
DO PROGRAMU LEKOWEGO**

.....
(nazwa programu lekowego)

1. Oświadczenie świadczeniodawcy

Oświadczam, że pacjent PESEL |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

(imię i nazwisko)

spełnia kryteria włączenia do ww. programu lekowego.

Leczenie pacjenta w programie rozpoczęto/zostanie rozpoczęte od dnia

.....
(pieczęć i podpis lekarza kwalifikującego do programu)

2. Oświadczenie pacjenta

Po zapoznaniu się z opisem ww. programu lekowego oraz z informacjami na temat skuteczności i bezpieczeństwa substancji czynnej:..... wyrażam zgodę na leczenie w programie lekowym na zasadach określonych w jego opisie.

.....
(miejscowość, data, podpis pacjenta)