

Wzór

**Informacja do dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu w sprawie
kontynuacji leczenia pacjenta lekiem w ramach ratunkowego dostępu do
technologii lekowej**

Nr kontynuacji

(wprowadza OW NFZ)

Dane świadczeniodawcy składającego informację

Nazwa:

Adres:

Numer umowy:

NIP: REGON:

Numer prawa wykonywania zawodu lekarza specjalisty w dziedzinie medycyny odpowiedniej ze względu na chorobę lub problem zdrowotny świadczeniobiorcy:

Dane Świadczeniobiorcy

Imię:

Nazwisko:

PESEL:

Rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (wypełnić w przypadku gdy świadczeniobiorca nie posiada numeru PESEL)

Data urodzenia Płeć: K M

Numer PESEL przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2020 r. poz. 849) wraz z adnotacją o zamieszczeniu numeru PESEL osoby innej niż świadczeniobiorca, a w przypadku nieposiadania numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego świadczeniobiorcy wraz z adnotacją o zamieszczeniu danych osoby innej niż świadczeniobiorca (wypełnić w przypadku dziecka nieposiadającego numeru PESEL lub niemożności ustalenia tego numeru)

Informacje dotyczące wnioskowanego leku

Nazwa międzynarodowa:

Nazwa handlowa:

Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt:

Postać farmaceutyczna:

Dawka:

Ilość leku (rozumiana jako ilość substancji czynnej) finansowanego w ramach wnioskowanej terapii RDTL:

Sposób dawkowania:

Planowany okres terapii lub liczba cykli leczenia:

- Liczba podań w cyklu
- Maksymalna długość cyklu

Przewidywany koszt terapii brutto ogółem:

Informacje dotyczące choroby lub problemu zdrowotnego świadczeniobiorcy

Wskazanie choroby lub problemu zdrowotnego (kod rozpoznania wg. klasyfikacji ICD – 10):

.....

Potwierdzenie skuteczności leczenia w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowej:

W dokumentacji medycznej pacjenta znajduje się informacja od lekarza specjalisty w dziedzinie medycyny odpowiedniej ze względu na chorobę lub problem zdrowotny pacjenta potwierdzająca skuteczność leczenia.

Podpis lekarza specjalisty w dziedzinie medycyny odpowiedniej ze względu na chorobę lub problem zdrowotny świadczeniobiorcy:.....

Data

Podpis osoby uprawnionej do reprezentowania świadczeniodawcy: