

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PROWADZĄCEGO LECZENIE
(UZASADNIAJĄCE KONIECZNOŚĆ SPROWADZENIA Z ZAGRANICY PRODUKTU
LECZNIECZEGO NIEPOSIADAJĄCEGO POZWOLENIA NA DOPUSZCZENIE DO
OBROTU, NIEZBĘDNEGO DLA RATOWANIA ŻYCIA LUB ZDROWIA PACJENTA)

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA

--

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PRODUKT LECZNICZY

--

SPOSÓB DAWKOWANIA PREPARATU

--

ROZPOZNANIE KLINICZNE

	ICD 10
--	--------

UZASADNIENIE ZASTOSOWANIA TERAPII OPARTEJ NA WNIOSKOWANYM LEKU

--

Potwierdzam, że pacjent będzie przyjmował lek samodzielnie (poza szpitalem lub innym zakładem opieki zdrowotnej)

.....
Miejscowość i data

.....
podpis i pieczęć lekarza prowadzącego leczenie

WNIOSEK PACJENTA O OBJĘCIE REFUNDACJĄ W/W LEKU

.....
.....
.....
UZASADNIENIE.....
.....
.....

.....
Data i podpis pacjenta lub jego opiekuna prawnego