

**Wniosek o zakup produktu leczniczego
przez Fundację „Na Ratunek Dzieciom z Chorobą Nowotworową”**

Dane składającego wniosek

Lekarz wnioskujący:

Telefon kontaktowy:

Dane Pacjenta – Podopiecznego Fundacji

Imię:

Nazwisko:

PESEL:

Data urodzenia:

Informacje dotyczące wnioskowanego leku lub terapii

Nazwa międzynarodowa:

Nazwa handlowa:

Postać farmaceutyczna:

Sposób dawkowania:

Planowany okres terapii lub liczba cykli leczenia:

Wartość brutto wnioskowanej terapii:

Wskazanie do zastosowania wnioskowanego leku:

.....

.....

Czy produkt leczniczy znajduje się na liście leków refundowanych? TAK NIE

Czy produkt leczniczy jest dostępny w ramach programu lekowego / katalogu chemioterapii? TAK NIE

Czy lek znajduje się na liście produktów leczniczych niepodlegających finansowaniu w ramach procedury ratunkowego dostępu do technologii lekowych (RDTL)? TAK NIE

Czy był składany wniosek na RDTL? TAK NIE

- data złożenia wniosku.....

- na jakim etapie jest rozpatrzenie wniosku?

Czy Szpital odmówił sfinansowania powyższego leczenia? TAK NIE

Data sporządzenia wniosku:

WYMAGANE ZAŁĄCZNIKI: - odmowa zakupu leku przez szpital z uzasadnieniem, - kopia wniosku o RDTL, - odmowa włączenia pacjenta do programu lekowego;

Pieczętka i podpis lekarza wnioskującego o zakup leku

Pieczętka i podpis Kierownika Kliniki