

## Wzór wniosku świadczeniodawcy do konsultanta krajowego/ wojewódzkiego o zastosowanie leku w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowej

### Dane świadczeniodawcy składającego wniosek

Nazwa: .....

Adres: .....

Numer umowy: .....

NIP: ..... REGON: .....

Miejsce udzielania świadczeń opieki zdrowotnej .....

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) .....

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 2017 r. poz. 1318) 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: .....

Sposób dawkowania: .....

Planowany okres terapii lub liczba cykli leczenia: .....

Wartość brutto wnioskowanej terapii ogółem: .....

Wskazanie choroby lub problemu zdrowotnego: .....

Opis stanu klinicznego świadczeniobiorcy: .....

[illegible]

Opis przebiegu dotychczasowego leczenia, wraz z podaniem stosowanych leków, ich mocy, sposobu dawkowania, określeniem czasu ich stosowania, oraz jego efektów wskazujących jednoznacznie, że zostały wyczerpane wszystkie możliwe do zastosowania w danym wskazaniu dostępne technologie medyczne finansowane ze środków publicznych lub brak jest możliwości ich zastosowania: .....

[illegible]

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

**Data sporządzenia wniosku:** .....

**Podpis osoby uprawnionej do reprezentowania świadczeniodawcy: .....**