

**Žiadosť o úhradu lieku zaradeného v Zozname kategorizovaných liekov/
dietetickej potraviny zaradenej v Zozname kategorizovaných dietetických potravín
pri splnení indikačného obmedzenia/preskripčného obmedzenia *)**

[podľa § 3 odsek 2, § 55 ods. 2 zákona č. 363/2011 Z. z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov,
zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene
a doplnení niektorých zákonov]

Zdravotnícke zariadenie (názov a adresa):

Ošetrovujúci lekár: telef. číslo:

Kód ošetrovujúceho lekára: e-mailová adresa:

Meno a priezvisko poistencu VšZP:

Číslo poistencu/-nky (rodné číslo):

Trvalý pobyt:

Kód pobočky VšZP:

Diagnóza slovom:

Diagnóza kódom podľa MKCH:

Aktuálna terapia:

**Indikovaný liek, dietetická potravina*) pri splnení indikačných obmedzení (IO) uverejnených
v Zozname kategorizovaných liekov MZSR:**

- | | |
|---|----------------------|
| - kód: 3333D | ATC skupina: N02CD03 |
| - názov: AJOVY 225 mg injekčný roztok v naplnenom pere | |
| - doplnok názvu: sol inj 3x1,5 ml/225 mg (pero inj.napl) | |
| - začiatok*)/pokračovanie liečby*) požadovaným liekom v žiadosti: | |
| - dávkovanie lieku/ dietetickej potraviny*): | |
| - hmotnosť pacienta (kg) *): | |
| - plocha tela (m^2 *): | |
| - počet podaní/cyklov liečby *): | |
| - počet kusov/balení/ZVJ liekov s úhradou „I/A/AS/S/V“ na časové obdobie: | |

Epikríza a zdravotné odôvodnenie žiadosti (pri žiadosti o pokračovanie liečby vyhodnotenie efektívnosti, účinnosti a tolerancie liečby):

- priložiť kópiu príslušných výsledkov laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení (pri onkologickej liečbe aj hodnotenie podľa RECIST kritérií),
 - výsledky a závery laboratórnych vyšetrení, výsledky endoskopických metód, výsledky biopických vyšetrení a výsledky diagnostických zobrazovacích metód,
 - iné relevantné záznamy o zdravotnom stave/ochorení/symptónoch poistenca v súvislosti so žiadosťou o úhradu indikovaného lieku, dietetickej potraviny*)
-
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Doteraz predpísané lieky/ dietetické potraviny*):

kód	ATC skupina	názov	odôvodnenie nemožnosti ďalšieho podávania
.....
.....
.....

(pri výskytte nežiaducich účinkov priložiť kópiu hlásenia o nežiaducom účinku lieku)

Alternatívne lieky pre dané ochorenie a odôvodnenie nevhodnosti ich podania:

kód	ATC skupina	názov	odôvodnenie
.....
.....

Iná liečba (okrem farmakoterapie):

.....
.....

Dátum:

.....
Podpis a odtlačok pečiatky
ošetrujúceho lekára

* Nehodiace sa vymazať