

**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):

Ošetrojúci lekár:

telef. číslo:

Kód ošetrojúceho lekára:

e-mailová adresa:

Meno a priezvisko poistenca VŠZP:

Číslo poistenca/-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: 1180D ATC skupina: N02CD03
- názov: AJOVY 225 mg injekčný roztok v naplnenej injekčnej striekačke
- doplnok názvu: sol inj 3x1,5 ml/225 mg (striek.inj.napl.skl.)
- začiatok*/pokračovanie liečby*) požadovaným liekom v žiadosti:
- dávkovanie lieku/ dietetickej potraviny*):
- hmotnosť pacienta (kg) *):
- plocha tela (m²) *):
- 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 laboratórných a zobrazovacích vyšetrení (pri onkologickej liečbe aj hodnotenie podľa RECIST kritérií),
- výsledky a závery laboratórných vyšetrení, výsledky endoskopických metód, výsledky bioptických vyšetrení a výsledky diagnostických zobrazovacích metód,
- iné relevantné záznamy o zdravotnom stave/ochorení/symptómoch 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 výskyte 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
ošetrojúceho lekára

* Nehodiace sa vymazať