WZÓR WYPEŁNIENIA ZAPOTRZEBOWANIA NA SPROWADZENIE Z ZAGRANICY PRODUKTU LECZNICZEGO

*WYPEŁNIA MINISTER ZDROWIA*

(numer zapotrzebowania nadany przez ministra właściwego do spraw zdrowia)

ZAPOTRZEBOWANIE

na sprowadzenie z zagranicy produktu leczniczego niezbędnego dla ratowania życia lub zdrowia pacjenta dopuszczonego do obrotu bez konieczności uzyskania pozwolenia

Część A

*Miejscowość i data wystawienia zapotrzebowania*

DANE ADRESOWE WYSTAWAJĄCEGO ZAPOTRZEBOWANIE:  
*Zakładu Opieki Zdrowotnej, Szpitala, Przychodni, Poradni, Imię i nazwisko pacjenta  
Gabinetu lekarskiego, itp.*

*Lub imię i nazwisko lekarza wystawiającego zapotrzebowanie Adres zamieszkania pacjenta*

*Adres Zakładu Opieki Zdrowotnej itp. Numer PESEL pacjenta*

*Lub adres lekarza wystawiającego zapotrzebowanie*

*Numer telefonu, faxu*

*Pieczęć wystawiającego zapotrzebowanie*

*ZOZ, itp.*

*NAZWA HANDLOWA wnioskowanego produktu leczniczego*

(nazwa produktu leczniczego)

*NAZWA MIĘDZYNARODOWA wnioskowanego produktu leczniczego*

(nazwa powszechnie stosowana)

*POSTAĆ FARMACEUTYCZNA ORAZ DAWKA (MOC) wnioskowanego produktu leczniczego*

(postać farmaceutyczna, dawka)

*ILOŚĆ PRODUKTU LECZNICZEGO odpowiadająca okresowi kuracji*

(ilość produktu leczniczego)

*OKRES KURACJI odpowiadający wnioskowanej ilości produktu leczniczego*

(okres kuracji)

*NAZWA WYTWÓRCY wnioskowanego produktu leczniczego*

(nazwa wytwórcy)

Wystawiający zapotrzebowanie jest świadomy, że wystawia zapotrzebowanie na produkt leczniczy niezbędny dla ratowania życia lub zdrowia pacjenta dopuszczony do obrotu bez konieczności uzyskania pozwolenia.Przedmiotowy produkt leczniczy będzie stosowany na odpowiedzialność wystawiającego zapotrzebowanie.

*PODPIS I PIECZĘĆ LEKARZA PODPIS I PIECZĘĆ DYREKTORA SZPITALA*

*WYSTAWIAJĄCEGO ZAPOTRZEBOWANIE* dotyczy tylko leczenia prowadzonego w szpitalu

(podpis i pieczęć lekarza prowadzącego leczenie1)) (podpis i pieczęć kierownika podmiotu leczniczego prowadzącego szpital lub osoby przez niego upoważnionej1))

*PODPIS I PIECZĘĆ KONSULTANTA WOJEWÓDZKIEGO LUB KRAJOWEGO W DZIEDZINIE MEDYCYNY KTÓREJ DOTYCZY TERAPIA*

(podpis i pieczęć konsultanta

z danej dziedziny medycyny)