

**ZAHTJEV ZA ODOBRENJEM NASTAVKA LIJEČENJA OSIGURANE OSOBE  
LIJEKOM KOJI NIJE UVRŠTEN U OSNOVNU NITI DOPUNSKU LISTU LIJEKOVA**

**1. PODACI O OSIGURANOJ OSOBI**

Ime i prezime		Datum rođenja	
Broj osigurane osobe		Spol	M / Ž
Adresa:			

**2. DIJAGNOZA BOLESTI**

--

**3. IME LIJEKA ZA KOJI SE TRAŽI ODOBRENJE** (generičko i zaštićeno ime lijeka, oblik lijeka)

--

**4. PODACI O TIJEKU BOLESTI I DOSADAŠNJEM LIJEČENJU**

Tijek bolesti (kada je bolest počela, kada i u kojoj ustanovi je postavljena dijagnoza)
Kada je započeto liječenje s lijekom za koji se sada traži odobrenje za nastavak primjene na teret sredstava Zavoda
<b>Datum zadnjeg odobrenja</b> Zavoda za liječenje predmetnim lijekom
Datumi kontrolnih pregleda od zadnjeg odobrenja i nalazi učinjenih pretraga, prema kojima se može procijeniti dosadašnji učinak lijeka (-nalazi u prilogu-)

**5. PODACI O PREPORUČENOM LIJEKU**

<b>Preporučeni lijek, dnevna doza, shema primjene lijeka, predviđeno trajanje liječenja</b>
<b>Preporuka za primjenu lijeka:</b> <b>datum:</b> <b>ime i prezime specijaliste:</b> <b>bolnica:</b>
Liječenje preporučenim lijekom planira se provoditi u (navesti bolničku zdravstvenu ustanovu):

**6. SUGLASNOST BOLNIČKOG POVJERENSTVA ZA LIJEKOVE**

(kojom se prihvaća činjenica da trošak liječenja tereti sredstva bolničkog proračuna)

Ime lijeka, dnevna doza, shema primjene lijeka, vremenski period za koji se odobrava liječenje
Datum _____ Bolnička zdravstvena ustanova (faksimil) Potpis Predsjednika Povjerenstva (faksimil)