



## Žiadosť o schválenie lieku alebo dietetickej potraviny, ktorých predpísanie schvaľuje zdravotná poisťovňa

V zmysle zákona č. 363/2011 o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov

### Údaje o poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti

Kód PZS \*

Názov zdravotníckeho zariadenia \*

Adresa zdravotníckeho zariadenia \*

Address Line 1

City

Postal / Zip Code

Kód lekára \*

Meno a priezvisko lekára \*

First

Last

IČO

Tel. kontakt \*

Email

*V prípade vyplnenia emailu bude poskytovateľ notifikovaný o stavoch spracovania žiadosti.*

### Údaje o poistencovi

Rodné číslo \*

Meno a priezvisko poistenca \*

First

Last

Adresa trvalého bydliska \*

Address Line 1

City

Postal / Zip Code

Tel kontakt

Email

*V prípade vyplnenia emailu bude poistenec notifikovaný o stavoch spracovania žiadosti.*

### Diagnóza

Kód podľa MKCH10 \*

Slovom \*

### Údaje o lieku / dietetickej potravine