

**ЛЕК ПО ЧЛАНУ 9. СТ. 2-5. ПРАВИЛНИКА О САДРЖАЈУ И ОБИМУ ПРАВА НА ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ ИЗ ОБАВЕЗНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА И О ПАРТИЦИПАЦИЈИ
ЗА 2021. ГОДИНУ**

Подаци о здравственој установи

Здравствена установа: _____

Адреса здравствене установе: _____

Подаци о пацијентуЛек се обезбеђује за пацијента: _____
(име и презиме)ЈМБГ

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ЛБО

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Индикација за примену лека: _____

Дијагноза (по МКБ-10): _____

Подаци о леку

Заштићени назив лека: _____

Генерички назив (интернационални незаштићени назив INN): _____

Фармацеутски облик, јачина и паковање: _____

Произвођач лека (назив и адреса): _____
(назив произвођача)

(адреса произвођача)

Да ли је дата дозвола за промет лека у Републици Србије: ДА НЕУколико је одговор ДА навести назив _____
(назив носиоца дозволе)и адресу носиоца дозволе за лек: _____
(адреса носиоца дозволе)

*Количина лека и период за који је та количина лека потребна: _____

Да ли на Листи лекова постоји одговарајући лек по INN-у: ДА НЕДа ли на Листи лекова постоји одговарајући лек по фармацеутском облику
или јачини: ДА НЕУколико је одговор НЕ означити по чему не одговара: Фармацеутском облику Јачини лекаДа ли се индикација за лек који се обезбеђује налази у сажетку карактеристика
лека од стране Агенције за лекове и медицинска средства Србије, у делу
терапијске индикације: ДА НЕУколико за лек није издата дозвола за стављање у промет у Републици Србији, навести земљу/земље Европске
уније односно земљу/земље са сличним захтевима у погледу издавања дозволе за лек као у земљама Европске
уније, која/које у дозволи за лек има/имају одобрену индикацију која је предмет захтева:**Мишљење три лекара**Овим потврђујемо да је лек неопходан наведеном пацијенту, као и да су исцрпљене све друге терапијске
могућности лечења._____
Потпис и факсимил
лекара одговарајуће
специјалности

_____ 20__ год.

Потпис и факсимил
лекара одговарајуће
специјалности_____
Потпис/факсимил
директора здравствене
установе_____
Потпис и факсимил
лекара одговарајуће
специјалности_____
Печат здравствене
установе

* У случају промене количине лека или периода за који се лек обезбеђује потребно је попунити нови образац

НАПОМЕНА: Попунити у два примерка од којих један задржава здравствена установа