



# DZIENNIK USTAW

## RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

---

Warszawa, dnia 21 lipca 2017 r.

Poz. 1412

### ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup>

z dnia 20 lipca 2017 r.

#### **w sprawie wzoru oraz formatu wniosku o wydanie zgody na pokrycie kosztów leku w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowej**

Na podstawie art. 47e ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.<sup>2)</sup>) zarządza się, co następuje:

§ 1. Wzór wniosku o wydanie zgody na pokrycie kosztów leku w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowej określa załącznik do rozporządzenia.

§ 2. Wniosek składa się w formacie pliku „.doc” albo „.docx”.

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 23 lipca 2017 r.

Minister Zdrowia: *wz. J. Szczurek-Żelazko*

---

<sup>1)</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 17 listopada 2015 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1908).

<sup>2)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2016 r. poz. 1807, 1860, 1948, 2138, 2173 i 2250 oraz z 2017 r. poz. 60, 759, 777, 844, 858, 1089, 1139, 1200, 1292, 1321 i 1386.

Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia  
z dnia 20 lipca 2017 r. (poz. 1412)

WZÓR

**WNIOSEK O WYDANIE ZGODY NA POKRYCIE KOSZTÓW LEKU W RAMACH  
RATUNKOWEGO DOSTĘPU DO TECHNOLOGII LEKOWEJ**

**I. Informacje dotyczące świadczeniodawcy**

Oznaczenie świadczeniodawcy z podaniem nazwy (firmy), adresu albo siedziby, numeru NIP lub REGON	
--	--

Miejsce udzielania świadczeń opieki zdrowotnej	
--	--

Imię i nazwisko oraz numer prawa wykonywania zawodu lekarza specjalisty w dziedzinie medycyny odpowiedniej ze względu na chorobę lub problem zdrowotny świadczeniobiorcy	
--	--

**II. Dane osobowe świadczeniobiorcy**

Imię i nazwisko	
Numer PESEL	
Rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (wypełnić w przypadku gdy świadczeniobiorca nie posiada numeru PESEL)	

Numer PESEL przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 r. poz. 1318) wraz z adnotacją o zamieszczeniu numeru PESEL osoby innej niż świadczeniobiorca, a w przypadku nieposiadania numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego świadczeniobiorcy wraz z adnotacją o zamieszczeniu danych osoby innej niż świadczeniobiorca (wypełnić w przypadku dziecka nieposiadającego numeru PESEL lub niemożności ustalenia tego numeru)	
---	--

### III. Informacje dotyczące wnioskowanego leku

Nazwa	
Nazwa powszechnie stosowana	
Postać farmaceutyczna	
Moc	
Ilość	
Sposób dawkowania	
Planowany okres terapii lub liczba cykli leczenia	
Numer pozwolenia na dopuszczenie do obrotu	
Wartość netto wnioskowanej terapii albo cykli leczenia, wraz z jej uzasadnieniem	



Opis przebiegu dotychczasowego leczenia, wraz z podaniem stosowanych leków, ich mocy, sposobu dawkowania, określeniem czasu ich stosowania, oraz jego efektów wskazujących jednoznacznie, że zostały wyczerpane wszystkie możliwe do zastosowania w danym wskazaniu dostępne technologie medyczne finansowane ze środków publicznych lub brak jest możliwości ich zastosowania

Potwierdzenie skuteczności leczenia w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowej  
(wypełnić w przypadku kontynuacji leczenia)

--

Podpis i pieczęć świadczeniodawcy	
Podpis i pieczęć lekarza specjalisty w dziedzinie medycyny odpowiedniej ze względu na chorobę lub problem zdrowotny świadczeniobiorcy	
Data sporządzenia wniosku	