



Śląski Oddział Wojewódzki
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA
z siedzibą w Katowicach

Katowice dnia 01.02.2006 r.

Śląski OW NFZ - GL-II/4502/M/86 /06

Świadczeniodawcy
realizujący umowę o udzielanie
świadczeń opieki zdrowotnej
w rodzaju leczenia szpitalne
- wszyscy -

Uprzejmie informuję, że w celu pozyskania możliwie jak najszybszej akceptacji Dyrektora Śląskiego OW NFZ do przesłanego "Wniosku o chemioterapię niestandardową", uprzejmie proszę o załączenie wyszczególnionych informacji.

Zał. 1
Informacja szczegółowa.

Z upoważnienia Dyrektora
Śląskiego Z poważaniem
Narodowego Funduszu Zdrowia w Katowicach
ZASTĘPCA DYREKTORA
DZIEDZINA MEDYCYNY II
Lech Wątrubowski

Pieczęć Świadczeniodawcy

..... dnia.....

Informacja szczegółowa (chemioterapia niestandardowa)

Dane świadczeniobiorcy(pacjenta);

Nazwisko i imię..... PESEL.....
Waga ciała.....kg powierzchnia ciałam²

Opis świadczenia z podaniem substancji czynnej w ramach farmakoterapii niestandardowej wraz z uzasadnieniem medycznym jej zastosowania.

Kontynuacja /Rozpoczęcie leczenia (niepotrzebne skreślić)

Schemat dawkowania

.....

Data rozpoczęcia terapii..... Czasokres wnioskowanej terapii

Rozpoznanie kliniczne (ICD 10), rozpoznanie histopatologiczne

.....

.....

Przebieg dotychczasowego leczenia

.....

.....

.....

.....

.....

Obecne wskazania do leczenia, aktualne wyniki badań

.....

.....

.....

Uzasadnienie celowości proponowanego leczenia

.....

.....

.....
data

.....
podpis i pieczęć lekarza

.....
podpis i pieczęć Dyrektora jednostki

Z upoważnienia Dyrektora
Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia w Katowicach
ZASTĘPCA DYREKTORA
D/S MEDYCZYNYCH

[Podpis]