



**Śląski Oddział Wojewódzki  
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA  
z siedzibą w Katowicach**

---

Katowice dnia 01.02.2006 r.

Śląski OW NFZ - GL-II/4502/11/85/06

**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 na farmakoterapię niestandardową", uprzejmie proszę o załączenie wyszczególnionych informacji.

Zał. 1  
Informacja szczegółowa.

Z poważaniem

**Z upoważnienia Dyrektora**  
Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego  
Narodowego Funduszu Zdrowia w Katowicach  
*[Signature]*  
**ZASTĘPCA DYREKTORA**  
D/S MEDYCZNYCH

*Lech Wędrychowicz*

Pieczęć Świadczeniodawcy

..... dnia.....

**Informacja szczegółowa ( Farmakoterapia niestandardowa)**

**Dane świadczeniobiorcy( pacjenta);**

Nazwisko i imię..... PESEL.....

Waga ciała.....kg      powierzchnia ciała .....m2

**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  
DZIAŁÓW MEDYCZNYCH  
*Lech Wedrychowicz*