|  |
| --- |
| **Semmelweis Egyetem**  Gyógyszer-alaplistán nem szereplő gyógyszer  egyedi igénylő lap |
| Klinika :………………………………………………….  Osztály:…………………………………………………..  Beteg neve:……………………………………................  Kórlapszám……………………………………………… |
| Kezelőorvos:…………………………………………….. |
| Az alaplistán nem szereplő gyógyszer megnevezése:  Hatóanyaga:………………………..Hatáserőssége:……………………………  Kért kiszerelés:…………………………………….  Napi adagolás:……………………………………...  Várható napi költség:…………………………...(Ft)  Terápia várható időtartama:…………………...……  Kért mennyiség (dobozszámban):…………………... |
| Az igényelt gyógyszer szükségességének indoklása, az alaplistán szereplő gyógyszerrel történő kezeléssel szemben előnyei:.  …………………………………………………….……………………………  ………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………….  …………………………………………………………………………………. |
| Dátum:……………………  ……………………………………………….  (gyógyszert igénylő kezelőorvos aláírása, pecsét) |

**2. Melléklet**

**A kitöltött egyedi igénylőlap másolatát kérjük a gyógyszer megrendelésével a Semmelweis Egyetem Egyetemi Gyógyszertárába eljuttatni**