|  |
| --- |
| **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**