

**KARTA Nr...../20... REJESTRACJI ŚWIADCZENIOBIORCY
DO UDZIAŁU W PROGRAMIE LEKOWYM**

.....¹

Oświadczam, że pacjent numer PESEL [][][][][][][][][][][]² spełnia kryteria włączenia do ww. programu zgodnie z jego opisem. Terapię pacjenta w ww. programie rozpoczęto/zostanie rozpoczęta od dnia

Pieczęć i podpis lekarza
kwalifikującego pacjenta do udziału w programie³

Po zapoznaniu się z opisem programu lekowego.....⁵, w szczególności z kryteriami włączenia do programu i wyłączenia oraz ulotką informacyjną lekudla pacjenta, wyrażam zgodę na udział w programie na zasadach określonych w jego opisie.

.....
 miejscowość, data, czytelny podpis pacjenta

1. Wpisać nazwę i kod programu zgodnie z Wykazem programów zdrowotnych (lekowych) wprowadzonym Zarządzeniem Nr ... /2016/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.
2. Imię, nazwisko i nr PESEL wprowadza lekarz kwalifikujący do programu.
3. W kolumnie tej wymagane są dane lekarza kwalifikującego pacjenta do udziału w programie oraz własnoręczny podpis, poświadczający, że pacjent spełnia kryteria kwalifikacji do programu lekowego, którego dotyczy karta, wprowadzonego Zarządzeniem Nr .../2016/DGL Prezesa NFZ.
4. W przypadku, gdy stan pacjenta nie pozwala na wypełnienie przez niego Karty, kartę wypełnia członek rodziny, a w przypadku braku takiej możliwości lekarz dokonuje stosownej adnotacji na Karcie, dlaczego pacjent nie mógł jej wypełnić.
5. Tekst opisu programu, obowiązujący na dzień kwalifikacji pacjenta do programu, udostępnia pacjentowi personel ośrodka prowadzącego leczenie. Nazwę i kod programu wprowadza personel medyczny ośrodka realizującego program lekowy.