

jf. legemiddelforskriften § 2-5

<b>Rekvirent (lege, tannlege) og fullstendig postadresse</b> <input type="text"/> <b>ID-nummer</b> <input type="text"/>		For utfylling/bruk av søknadsblanketten, se rettledning.  Sendes til apotek (eventuelt annen detaljist) i 3 eksemplarer. 1 ksemplar beholdes av rekvirent.	
<b>Preparatnavn</b> <input type="text"/> <b>Produsent</b> <input type="text"/> <b>Virksomme innholdstoffer/styrke</b> <input type="text"/>		<b>Legemiddelform</b> <input type="text"/> <b>Mengde/tidsperiode</b> <input type="text"/> <b>Dosering/bruksanvisning (ved søknad til enkeltpasient)</b> <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Til bruk ved sykehusavdeling/praksis <input type="checkbox"/> Til enkeltpasient  <b>Står legemiddelet på negativlisten?</b> (oppdatert liste finnes på <a href="http://www.legemiddelverket.no">www.legemiddelverket.no</a> ) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		<b>Pasientens navn</b> <input type="text"/> <b>Adresse</b> <input type="text"/> <b>Fødselsdato</b> <input type="text"/>	
<b>Indikasjon</b> <input type="text"/>			
<b>Medisinsk begrunnelse for hvorfor et markedsført alternativ ikke kan benyttes. Begrunnelse må oppgis for at søknaden skal kunne behandles. Ved gjentatt rekvirering må begrunnelse gis <i>hver</i> gang (se rettledning).</b> <input type="text"/>			
Undertegnede er kjent med at lege/tannlege som rekvirerer et legemiddel som ikke har vært vurdert av norske helsemyndigheter og/eller ikke har fått markedsføringstillatelse i Norge, påtar seg et særlig ansvar overfor pasienten og må utvise særskilt aktsomhet med hensyn til legemidlets kvalitet, sikkerhet og effekt.  Dato/underskrift: _____  Underskrift og <b>NAVN MED STEMPEL ELLER BLOKKBOKSTAVER</b> , når dette ikke finnes i adressefeltet		<input type="checkbox"/> Søknaden innvilges. Fritaket fritar ikke for eventuelle bestemmelser gitt med hjemmel i andre lover, forskrifter m.v. <input type="checkbox"/> Søknaden returneres <input type="checkbox"/> Søknaden avslås <input type="checkbox"/> Se vedlagte informasjon/brev  <p style="text-align: center;"><b>STATENS LEGEMIDDELVERK</b></p>	
Plass for apotekets (eventuelt detaljistens) stempel: _____		Dato: _____	Ifølge fullmakt: _____
<input type="checkbox"/> Ekspedert etter notiseringsordningen Dato/underskrift: _____		Postadresse: Postboks 6167 Etterstad 0602 Oslo	