

# RESEPT/REKVISISJON FOR LEGEMIDDEL UTEN MARKEDSFØRINGSTILLATELSE

jf. legemiddelforskriften § 2-5

Statens legemiddelverk  
Norwegian Medicines Agency



<b>Rekvirent (lege, tannlege) og fullstendig postadresse</b> <input type="text"/> <b>ID-nummer</b> <input type="text"/>	Gjelder legemiddel til mennesker. For utfylling/bruk av søknadsblanketten, se rettledning. Sendes til apotek (eventuelt annen detaljist) i 3 eksemplarer. 1 eksemplar beholdes av rekvirent.
<b>Preparatnavn</b> <input type="text"/>	<b>Legemiddelform</b> <input type="text"/>
<b>Produsent</b> <input type="text"/>	<b>Mengde/tidsperiode</b> <input type="text"/>
<b>Virksomme innholdsstoffer/styrke</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 hver gang (se rettledning)</b> <input type="text"/>	
Undertegnede er kjent med at lege/tannlege/veterinær 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  <b>STATENS LEGEMIDDELVERK</b>
Plass for apotekets (eventuelt detaljistsens) stempel: <input type="text"/>	Dato:                      I følge fullmakt:
<input type="checkbox"/> Ekspedert etter notiseringsordningen Dato/underskrift:	Postadresse: Postboks 63, Kalbakken 0950 Oslo