

**Ansøgning om optagelse af et lægemiddel på listen over medicin til vederlagsfri udlevering til særlige ikke-indlagte patientgrupper, der er i fortsat sygehusbehandling (Udelukkende til optagelse af et præparat til allerede eksisterende patientgrupper, der fremgår af listen)**

|                                                                                                                                                                                |                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| Dato:                                                                                                                                                                          |                 |
| Lægemiddel:<br>Formulering:<br>ATC kode:                                                                                                                                       |                 |
| Begrundelse for vederlagsfri udlevering (sæt ét kryds)                                                                                                                         |                 |
| <input type="checkbox"/> A. Behov for tæt styring af medicineringen                                                                                                            |                 |
| <input type="checkbox"/> B. Udlevering i henhold til særlige beslutninger                                                                                                      |                 |
| <input type="checkbox"/> 1. Kvalmestillende middel til cancerpatienter                                                                                                         |                 |
| <input type="checkbox"/> 2. Parental ernæring til patienter med svært korttarmssyndrom                                                                                         |                 |
| <input type="checkbox"/> 3. Lægemiddel eller utensillium til brug ved hjemmedialyse                                                                                            |                 |
| <input type="checkbox"/> C. Udlevering til psykiatriske patienter tilknyttet et ambulant behandlingstilbud i den regionale behandlingspsykiatri                                |                 |
| <input type="checkbox"/> D. Udlevering til kortvarig behandling af akutte potentielt livstruende sygdomme                                                                      |                 |
| <input type="checkbox"/> Kortvarig antitrombotisk behandling i tilknytning til medicins, kirurgisk og ortopædkirurgisk behandling                                              |                 |
| <input type="checkbox"/> E. Udlevering til patienter, der skal koloskoperes i forbindelse med det nationale tarmkræftscreeningsprogram                                         |                 |
| <input type="checkbox"/> F. Medicin til brug før og i forbindelse med koloskopi, som udføres på et hospital                                                                    |                 |
| Patientgruppe og indikation:                                                                                                                                                   |                 |
| <div>Vælg patientgruppe</div>                                                                                                                                                  |                 |
| Uddybende begrundelse:                                                                                                                                                         |                 |
| Der er krav om national opbakning og dokumentation herfor. Angiv national opbakning*: (Eksempelvis fra et sundhedsfagligt råd, et specialråd eller et videnskabeligt selskab). | Ansøger:        |
| <div>Fra hvem?</div>                                                                                                                                                           | Navn:           |
|                                                                                                                                                                                | Stilling:       |
|                                                                                                                                                                                | Arbejdsadresse: |
|                                                                                                                                                                                | Tlf:            |
|                                                                                                                                                                                | E-mail:         |
| <i>*Der skal fremsendes dokumentation vedr. national opbakning.</i>                                                                                                            |                 |

Det udfyldte ansøgningsskema sendes til [vederlagsfrimedisin@amgros.dk](mailto:vederlagsfrimedisin@amgros.dk)