

[Data, miejsce]

[Imię i nazwisko pacjenta]

Adres: [ulica, kod pocztowy, miejscowość]

PESEL: [numer PESEL]

Telefon kontaktowy: [numer telefonu]

E-mail: [adres e-mail – opcjonalnie]

Do:

Dyrekcja [pełna nazwa szpitala]

ul. [adres szpitala]

[miasto, kod pocztowy]

Dotyczy: Leczenia w ramach programu lekowego B.90 – LECZENIE ZABURZEŃ MOTORYCZNYCH W PRZEBIEGU ZAAWANSOWANEJ CHOROBY PARKINSONA (ICD-10 G.20) po zakwalifikowaniu przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Zaburzeń Motorycznych w Przebiegu Choroby Parkinsona

Szanowni Państwo,

w związku z informacjami na temat brak płynności finansowej po stronie Narodowego Funduszu Zdrowia oraz wstrzymywania udzielania świadczeń pacjentom leczonym w ramach programów lekowych, zwracam się z uprzejmą prośbą o **potwierdzenie zapewnienia mi leczenia w ramach programu lekowego B.90 - *Leczenie zaburzeń motorycznych w przebiegu zaawansowanej choroby Parkinsona*, do którego zostałem/am wcześniej zakwalifikowany_a.**

Zgodnie z obowiązującymi zasadami, mimo czasowego wstrzymania przyjmowania nowych pacjentów do programu do końca 2025 roku, **osoby już zakwalifikowane powinny mieć zapewnioną ciągłość terapii.**

Zostałem/am zakwalifikowany_a do leczenia w ramach **programu lekowego B.90 - *Leczenie zaburzeń motorycznych w przebiegu zaawansowanej choroby Parkinsona*** przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Zaburzeń Motorycznych w Przebiegu Choroby Parkinsona decyzją z dnia [data]. **Oznacza to, że spełniam kryteria medyczne określone w programie lekowym i mam prawo do leczenia finansowanego przez NFZ.**

Proszę o **potwierdzenie, że moje leczenie będzie kontynuowane zgodnie z wcześniejszymi ustaleniami oraz o wyznaczenie daty rozpoczęcia leczenia i informację**, czy konieczne jest dostarczenie dodatkowych dokumentów lub odbycie wizyty kontrolnej w związku z obecną sytuacją.

Z góry dziękuję za udzielenie informacji i podjęcie działań zapewniających ciągłość leczenia.

Z poważaniem,

[podpis własnoręczny]

[Imię i nazwisko pacjenta]