

PRILOGA 2

VLOGA ZA VERIFIKACIJO LEKARNE

1. PODATKI O PREDLAGATELJU (ustrezno izpolnite)

PREDLAGATELJ	javni zavod	koncesionar
IME		
NASLOV		
ZASTOPNIK PREDLAGATELJA		

2. PODATKI O LEKARNI (ustrezno izpolnite)

IME	
NASLOV	
ORGANIZACIJSKA OBLIKA	- lekarna, - podružnica lekarne, - bolnišnična lekarna, - oddelčna lekarna v bolnišnici, - galenski laboratorij, - laboratorij za izdelavo parenteralnih raztopin, - kontrolno analizni laboratorij, - priročna zaloga zdravil.

3. STROKOVNA DELA, KI JIH LEKARNA OPRAVLJA (ustrezno obkrožite)

nabava in izdaja zdravil za uporabo v humani medicini	DA	NE
nabava in izdaja farmacevtskih snovi	DA	NE
nabava in izdaja medicinskih pripomočkov	DA	NE
nabava in izdaja zdravil za uporabo v veterinarski medicini	DA	NE
nabava in izdaja sredstev za dezinfekcijo in dezinsekcijo	DA	NE
nabava in izdaja sredstev za nego in varovanje zdravja in drugih izdelkov	DA	NE
nabava in izdaja homeopatskih izdelkov	DA	NE
izdelava magistralnih pripravkov	DA	NE
izdelava magistralnih pripravkov iz citostatikov	DA	NE
izdelava magistralnih pripravkov iz radiofarmakov	DA	NE
izdelava magistralnih pripravkov za kompletno parenteralno prehrano (KPP)	DA	NE
izdelava parenteralnih pripravkov	DA	NE
izdelava sterilnih pripravkov,	DA	NE
izdelava homeopatskih izdelkov	DA	NE
izdelava galenskih izdelkov	DA	NE

izdelava in priprava sredstev za nego in varovanje zdravja	DA	NE
izdelava prečiščene vode	DA	NE
kontrola kakovosti galenskih izdelkov in farmacevtskih snovi	DA	NE
preverjanje analiznih izvidov	DA	NE
vodenje predpisane dokumentacije	DA	NE
izvajanje svetovalne in strokovno informativne dejavnosti s področja uporabe zdravil in medicinskih pripomočkov in sredstev za varovanje zdravja	DA	NE
izvajanje farmacevtske skrbi	DA	NE
izvajanje oskrbe bolnikov z zdravili in medicinskimi pripomočki ob odpustu iz bolnišnice	DA	NE
izvajanje oskrbe bolnikov na domu z zdravili, ki se smejo uporabljati le v bolnišnici	DA	NE
izvajanje znanstveno in strokovno raziskovalnega dela	DA	NE
sodelovanje pri kliničnih študijah	DA	NE
sodelovanje v zdravniškem timu pri izbiri zdravil in medicinskih pripomočkov	DA	NE
nadzor zdravil na oddelkih bolnišnice	DA	NE
sodelovanje v komisijah za zdravila in medicinske pripomočke v bolnišnicah	DA	NE
spremljanje neželenih škodljivih učinkov zdravil in medicinskih pripomočkov	DA	NE
spremljanje uvajanja novih zdravil in predlaganje njihove uporabe zdravnikom	DA	NE
vodenje evidenc in nadzora nad zdravili za preskušanje in za raziskovalne namene	DA	NE
Lekarna izvaja: stalno pripravljenost	DA	NE
dežurstvo	DA	NE

Predlagatelj oziroma zastopnik predlagatelja _____

pod kazensko in materialno odgovornostjo izjavljam, da lekarna _____

izpolnjuje vse pogoje za opravljanje lekarniške dejavnosti, določene v Pravilniku o pogojih za opravljanje lekarniške dejavnosti, in opravlja zgoraj označena strokovna dela, zato prosim za izdajo odločbe o verifikaciji lekarne.

Datum in kraj:

Podpis: