**Ansøgning om udleveringstilladelse – Enkelt Human**

*Felter markeret med \* er obligatoriske*

**Ansøger**

Lægens/Tandlægens navn \*

|  |
| --- |
|  |

Ydernummer eller sygehus- og afdelingsklassifikationskode (SKS-kode) \*

|  |
| --- |
|  |

SOR-ID

|  |
| --- |
|  |

Sygehusnavn og -afdeling

|  |
| --- |
|  |

CVR-nummer

|  |
| --- |
|  |

Arbejdsadresse \*

|  |
| --- |
|  |

Postnummer og by \*

|  |
| --- |
|  |

Telefonnummer \*

|  |
| --- |
|  |

E-mail \*

|  |
| --- |
|  |

**Patient**

CPR-nummer \*

|  |
| --- |
|  |

Navn \*

|  |
| --- |
|  |

Adresse \*

|  |
| --- |
|  |

Postnummer og by \*

|  |
| --- |
|  |

**Præparat**

Præparatnavn \*

|  |
| --- |
|  |

Aktivt indholdsstof 1 \*

|  |
| --- |
|  |

Aktivt indholdsstof 2

|  |
| --- |
|  |

Lægemiddelform \*

|  |
| --- |
|  |

Styrke

|  |
| --- |
|  |

Fremstiller/Indehaver af markedsføringstilladelse \*

|  |
| --- |
|  |

Ansvarlig importør \*

|  |
| --- |
|  |

Ved ansøgning om forlængelse af udleveringstilladelsen, skriv tidligere sagsnummer

|  |
| --- |
|  |

Præparatet skal anvendes til følgende indikation \*

|  |
| --- |
|  |

Begrundelse for valg af præparat \*

|  |
| --- |
|  |

Dato \*

|  |
| --- |
|  |

Underskrift \*

*Underskriv ved brug af digital signatur eller underskriv i hånden ved at printe dokumentet.*



Send ansøgningen til Lægemiddelstyrelsen via e-mail på [udleveringstilladelser@dkma.dk](mailto:udleveringstilladelser@dkma.dk), som kan modtage krypteret mail. Hvis du indsender den pr. mail så vedhæft ansøgningen i én samlet indscannet fil.