

ZLECENIE NAPRAWY WYROBU MEDYCZNEGO

IDENTYFIKACJA ZLECENIA

Unikalny numer identyfikacyjny (nadany przez NFZ)

Kod kreskowy (nadany przez NFZ)

CZĘŚĆ I. ZLECENIE I WERYFIKACJA UPRAWNIENIA (WYPEŁNIA I DRUKUJE ODDZIAŁ WOJEWÓDZKI NFZ)

I.A. DANE PACJENTA

I.A.1 Imię (imiona)

I.A.2 Nazwisko

I.A.3 Numer PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

I.A.4 Data

urodzenia¹⁾

I.A.5 Płeć¹⁾

I.A.6 Symbol
państwa, jeżeli
dotyczy²⁾

I.A.7 Rodzaj i numer dokumentu
uprawnającego do uzyskania przez
pacjenta świadczeń opieki zdrowotnej
na podstawie przepisów o koordynacji,
jeżeli dotyczy

I.A.8 Rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość¹⁾

☐ paszport ☐ inny³⁾

I.A.9 Seria i numer¹⁾

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

I.AA. UPRAWNIENIE DODATKOWE, Z KTÓREGO BĘDZIE KORZYSTAŁ PACJENT

I.AA.1 Czy pacjent posiada uprawnienia dodatkowe?

☐ TAK ☐ NIE

I.B. OKREŚLENIE WYROBU MEDYCZNEGO BĘDĄCEGO PRZEDMIOTEM NAPRAWY WRAZ Z UZASADNIENIEM

I.B.1 Wyrób medyczny

I.B.1.1 Grupa i liczba porządkowa

I.B.1.2 Numer ewidencyjny zlecenia, na którego podstawie
wydano wyrób medyczny będący przedmiotem naprawy

I.B.1.3 Umiejscowienie

☐ lewostronne ☐ prawostronne ☐ nie dotyczy

I.B.1.4 Nazwa naprawianego wyrobu medycznego, wytwórca, model, nazwa handlowa, numer seryjny⁴⁾ wraz z uzasadnieniem
obejmującym jednostkowe dane medyczne pacjenta

I.C. WERYFIKACJA WRAZ Z POTWIERDZENIEM UPRAWNIENIA

I.C.1 Data weryfikacji

I.C.2 Potwierdzone
uprawnienie do naprawy

☐ tak ☐ nie

I.C.3 Limit ceny
naprawy

I.C.4 Kod oddziału
wojewódzkiego NFZ⁵⁾

I.C.5 Kod naprawy wyrobu
medycznego

I.CA. INFORMACJE

Zostałem poinformowany, że w przypadku dokonania naprawy i wykorzystania części lub całości limitu naprawy okres użytkowania wyrobu medycznego ulega wydłużeniu proporcjonalnie do wykorzystanej części limitu naprawy, z zaokrągleniem w dół do pełnego miesiąca.

I.CA.1 Okres użytkowania wyrobu medycznego ulega wydłużeniu do

I.CA.2 Czytelny podpis pacjenta

I.CA.3 Data

I.CB. WYNIK WERYFIKACJI

I.CB.1 Przyczyna odmowy naprawy

I.CB.2 Weryfikacja za pośrednictwem serwisów internetowych lub usług
informatycznych NFZ / Imię (imiona), nazwisko i podpis pracownika
oddziału wojewódzkiego NFZ

I.CB.3 Inne informacje dla pacjenta

Unikalny numer identyfikacyjny (nadany przez NFZ)	Kod kreskowy (nadany przez NFZ)
---	---------------------------------

CZĘŚĆ II. REALIZACJA ZLECENIA NAPRAWY (WYPEŁNIA I DRUKUJE ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY NAPRAWĘ WEDŁUG STANU NA DZIEŃ PRZYJĘCIA ZLECENIA DO REALIZACJI)

II.A. REALIZACJA ZLECENIA NAPRAWY

II.A.1 Data przyjęcia zlecenia do realizacji

II.B. DANE ŚWIADCZENIODAWCY REALIZUJĄCEGO ZLECENIE NAPRAWY

II.B.1 Nazwa świadczeniodawcy	II.B.2 REGON ⁶⁾ <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>
II.B.3 Adres miejsca udzielania świadczeń	II.B.4 Numer umowy z NFZ

II.C. POTWIERDZENIE POSIADANIA PRAWA DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ I LIMITU FINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH

II.C.1 Czy pacjent posiada prawo do świadczeń opieki zdrowotnej? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK – OŚWIADCZENIE ⁷⁾	II.C.2 Czy pacjent dysponuje nowymi uprawnieniami dodatkowymi? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	II.C.3 Rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego uprawnienia dodatkowe z pkt II.C.2	II.C.4 Limit finansowania
---	---	---	---------------------------

CZĘŚĆ III. POTWIERDZENIE WYDANIA NAPRAWIONEGO WYROBU MEDYCZNEGO (DRUKUJE ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE)

III.A. DANE DOTYCZĄCE NAPRAWIONEGO WYROBU MEDYCZNEGO (WYPEŁNIA ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE)

III.A.1 Opis naprawionego wyrobu medycznego wraz z opisem naprawy

III.A.2 Łączna kwota naprawy	III.A.3 Kwota finansowania ze środków publicznych	III.A.4 Dopłata pacjenta do naprawy	III.A.5 Okres gwarancji
------------------------------	---	-------------------------------------	-------------------------

III.B. POTWIERDZENIE WYDANIA NAPRAWIONEGO WYROBU MEDYCZNEGO (WYPEŁNIA ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE)

III.B.1 Data wydania	III.B.2 Imię (imiona), nazwisko i podpis osoby wydającej
----------------------	--

III.C. DANE DOTYCZĄCE ODBIORU NAPRAWIONEGO WYROBU MEDYCZNEGO (WYPEŁNIA OSOBA ODBIERAJĄCA LUB ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE)

III.C.1 Osoba odbierająca
☐ pacjent ☐ inna osoba odbierająca

III.C.2 Imię (imiona) ⁸⁾	III.C.3 Nazwisko ⁸⁾	III.C.4 Numer PESEL ⁸⁾ <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>
-------------------------------------	--------------------------------	--

III.C.5 Rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość⁸⁾ (należy wypełnić w przypadku, gdy osoba odbierająca nie ma numeru PESEL)

☐ paszport ☐ inny³⁾

III.C.6 Seria i numer⁸⁾ (należy wypełnić w przypadku, gdy osoba odbierająca nie ma numeru PESEL)

III.C.7 Data odbioru

Objaśnienia:

* Wzór może być edytowany w ten sposób, że właściwe jego komórki mogą być powiększane, jeżeli jest to niezbędne do zamieszczenia w danej komórce wymaganej informacji, której objętość wykracza poza rozmiar tej komórki określony we wzorze.

¹⁾ Należy wypełnić w przypadku, gdy pacjent nie ma numeru PESEL.

²⁾ Symbol państwa odpowiedniego dla instytucji właściwej dla osoby uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji.

³⁾ W przypadku zaznaczenia pola „inny” należy wpisać rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość oraz państwo wydania dokumentu.

⁴⁾ Numer seryjny należy wpisać, jeżeli został on nadany naprawianej sztuce wyrobu medycznego.

⁵⁾ Kod właściwego dla pacjenta oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, który finansuje naprawę wyrobu medycznego.

⁶⁾ Numer identyfikacyjny REGON. Należy wskazać REGON – 9 cyfr dla praktyk zawodowych albo 14 cyfr dla jednostek organizacyjnych.

⁷⁾ Należy zaznaczyć w przypadku złożenia przez pacjenta albo jego przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika albo opiekuna faktycznego oświadczenia o potwierdzeniu posiadania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej.

⁸⁾ Wypełnia się w przypadku, gdy osobą odbierającą jest inna osoba niż pacjent. W przypadku pacjenta wypełnia się, jeżeli dane pacjenta zamieszczone w sekcji I.A uległy zmianie.