



<b>Unikalny numer identyfikacyjny</b> (nadany przez NFZ)	<b>Kod kreskowy</b> (nadany przez NFZ)
--	--

**I.C. OKREŚLENIE WYROBU MEDYCZNEGO**

**I.C.1 Wyrób medyczny<sup>7)</sup>**

<b>I.C.1.1 Grupa i liczba porządkowa</b>	<b>I.C.1.2 Umiejscowienie</b> (nie dotyczy stomii) <input type="checkbox"/> lewostronne <input type="checkbox"/> prawostronne <input type="checkbox"/> nie dotyczy
<b>I.C.1.3 Liczba przetok</b> (dotyczy stomii)	<b>I.C.1.4 Rodzaj przetok</b> (dotyczy stomii) <input type="checkbox"/> urostomia <input type="checkbox"/> kolostomia <input type="checkbox"/> ileostomia <input type="checkbox"/> nefrostomia <input type="checkbox"/> inna
<b>I.C.1.5 Kod ICD-10</b> (uzasadnienie obejmujące jednostkowe dane medyczne pacjenta)	<b>I.C.1.6 Liczba sztuk</b> (dotyczy zleceń innych niż comiesięczne)
<b>I.C.1.7 Liczba sztuk na miesiąc</b> (dotyczy comiesięcznych zleceń) <sup>8)</sup>	<b>I.C.1.8 Pierwszy miesiąc zaopatrzenia comiesięcznego</b> (format: MM-RRRR)
<b>I.C.1.9 Liczba miesięcy zaopatrzenia comiesięcznego</b> (1–12)	

<b>I.C.1.10 Nazwa wyrobu medycznego</b>	<b>I.C.1.11 Kryteria przyznania wyrobu medycznego<sup>9)</sup></b>	<b>I.C.1.12 Dodatkowe informacje dotyczące wyrobu<sup>10)</sup></b>

**I.C.2 Soczewki okularowe**

		Sfera	Cylinder	Oś	Pryzma	Odległość źrenic ..... mm
Do dali	OP					
	OL					
Do bliży	OP					
	OL					

**I.D. DODATKOWE WSKAZANIA OSOBY UPRAWNIONEJ DO WYSTAWIENIA ZLECENIA**

<b>I.D.1</b> <input type="checkbox"/> Skrócenie okresu użytkowania wyrobu medycznego, jeżeli dotyczy
<b>I.D.2 Uzasadnienie skrócenia okresu użytkowania</b>

**I.E. DANE OSOBY UPRAWNIONEJ DO WYSTAWIENIA ZLECENIA**

<b>I.E.1 Numer prawa wykonywania zawodu lub pieczętka zawierająca dane z pól I.E.1 i I.E.3</b>		
<b>I.E.2 Data wystawienia</b>	<b>I.E.3 Imię (imiona) i nazwisko</b>	<b>I.E.4 Podpis</b>

**Objaśnienia:**

<sup>7)</sup> W przypadku soczewek okularowych należy uzupełnić tylko te pola, które dotyczą tej kategorii wyrobów medycznych.

<sup>8)</sup> W przypadku wyrobów medycznych przysługujących comiesięcznie, dla których nie została określona liczba sztuk w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2555, z późn. zm.), należy wpisać liczbę 1 albo jej wielokrotność (w przypadku uprawnień dodatkowych), z dokładnością do 1 miejsca po przecinku.

<sup>9)</sup> Kryteria przyznawania wyrobu medycznego wydawanego na zlecenie zostały określone w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. W przypadku zaopatrzenia obustronnego należy określić kryterium dla każdej strony osobno.

<sup>10)</sup> Należy wpisać dodatkowe informacje dotyczące wyrobu, np. stopień ucisku, preferowane wyposażenie dodatkowe itp.

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

**CZĘŚĆ II. WERYFIKACJA ZLECENIA** (DOKONYWANA PRZEZ NFZ ZA POŚREDNICTWEM SERWISÓW INTERNETOWYCH LUB USŁUG INFORMATYCZNYCH NFZ ALBO BEZPOŚREDNIO W ODDZIALE WOJEWÓDZKIM NFZ – WÓWCZAS DRUKUJE OSOBA UPRAWNIONA DO WYSTAWIENIA ZLECENIA)

**II.A. WYNIK WERYFIKACJI**

<b>II.A.1 Wynik weryfikacji</b> <input type="checkbox"/> pozytywna <input type="checkbox"/> negatywna	<b>II.A.2 Kod oddziału wojewódzkiego NFZ<sup>11)</sup></b>
<b>II.AA.1 Realizacja zlecenia od dnia</b>	<b>II.AA.2 Końcowa data realizacji zlecenia</b>

**II.B. POTWIERDZENIE LIMITU FINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH WYROBU MEDYCZNEGO**

II.B.1 Grupa i liczba porządkowa	II.B.2 Kod wyrobu medycznego	II.B.3 Umiejscowienie (L – lewostronne, P – prawostronne), jeżeli dotyczy	II.B.4 Potwierdzona liczba sztuk	II.B.5 Limit finansowania	II.B.6 Wysokość procentowego udziału NFZ w limicie finansowania <sup>12)</sup>	II.B.7 Data ważności potwierdzenia limitu finansowania <sup>13)</sup>

**II.C. PRZYZYNA NEGATYWNEJ WERYFIKACJI (JEŻELI DOTYCZY)**

--

**II.D. INFORMACJE DLA PACJENTA**

--

**II.E. POTWIERDZENIE WERYFIKACJI ZLECENIA**

<b>II.E.1 Data weryfikacji</b>	<b>II.E.2 Weryfikacja za pośrednictwem serwisów internetowych lub usług informatycznych NFZ / Imię (imiona), nazwisko i podpis pracownika oddziału wojewódzkiego NFZ</b>
--------------------------------	--

**Objaśnienia:**

<sup>11)</sup> Kod właściwego dla pacjenta oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, który finansuje zaopatrzenie w wyroby medyczne.

<sup>12)</sup> Wysokość udziału własnego pacjenta w limicie finansowania ze środków publicznych została określona w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

<sup>13)</sup> Ważność potwierdzonego limitu finansowania ze środków publicznych wyrobu medycznego nie dotyczy kobiet w ciąży.

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

**CZĘŚĆ III. REALIZACJA ZLECENIA U ŚWIADCZENIODAWCY** (WYPEŁNIA I DRUKUJE ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE WEDŁUG STANU NA DZIEŃ PRZYJĘCIA DO REALIZACJI<sup>14)</sup>)

**III.A. PRZYJĘCIE DO REALIZACJI ZLECENIA**

III.A.1 Data przyjęcia do realizacji	III.A.2 <input type="checkbox"/> częściowa realizacja zlecenia	III.A.3 Miesiąc albo miesiące, których dotyczy realizacja zlecenia (słownie)
--------------------------------------	---	--

**III.B DANE ŚWIADCZENIODAWCY REALIZUJĄCEGO ZLECENIE**

III.B.1 Nazwa świadczeniodawcy	III.B.2 REGON <sup>15)</sup> <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%; display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 10%;"></div> <div style="width: 10%;"></div> <div style="width: 10%;"></div> <div style="width: 10%;"></div> <div style="width: 10%;"></div> <div style="width: 10%;"></div> <div style="width: 10%;"></div> <div style="width: 10%;"></div> <div style="width: 10%;"></div> <div style="width: 10%;"></div> </div>
III.B.3 Adres miejsca udzielania świadczeń: kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer domu lub lokalu	III.B.4 Numer umowy z NFZ

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

III.C.1 Czy pacjent posiada prawo do świadczeń opieki zdrowotnej?  <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK – OŚWIADCZENIE <sup>16)</sup>	III.C.2 Czy pacjent dysponuje nowymi uprawnieniami dodatkowymi lub innymi uprawnieniami?  <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	III.C.3 Rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego uprawnienia dodatkowe z pkt III.C.2
III.C.4 Czy zmiana wieku pacjenta wpływa na limit finansowania?  <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY	III.C.5 Czy nastąpiła zmiana limitu finansowania?  <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	III.C.6 Limit finansowania  III.C.7 Wysokość procentowego udziału NFZ w limicie finansowania

**CZĘŚĆ IV. POTWIERDZENIE WYDANIA WYROBU MEDYCZNEGO** (DRUKUJE ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE)

**IV.A. DANE DOTYCZĄCE WYDANEGO WYROBU MEDYCZNEGO** (WYPEŁNIA ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE)
 

IV.A.1 Kod wyrobu medycznego	IV.A.2 Umiejscowienie (L – lewostronne, P – prawostronne), jeżeli dotyczy	IV.A.3 Wytwórca, model, nazwa handlowa i numer seryjny <sup>17)</sup>	IV.A.4 Liczba wydanych sztuk	IV.A.5 Cena detaliczna sztuki	IV.A.6 Informacja o miesiącu lub miesiącach, których dotyczy odbiór częściowy, jeżeli dotyczy

IV.A.7 łączna kwota	IV.A.8 Kwota refundacji	IV.A.9 Kwota dopłaty pacjenta
---------------------	-------------------------	-------------------------------

**IV.B. POTWIERDZENIE WYDANIA WYROBU MEDYCZNEGO** (WYPEŁNIA ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE)
 

IV.B.1 Data wydania	IV.B.2 Imię (imiona), nazwisko i podpis
---------------------	---

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

IV.C.1 Osoba odbierająca  <input type="checkbox"/> pacjent <input type="checkbox"/> inna osoba odbierająca		
IV.C.2 Imię (imiona) <sup>18)</sup>	IV.C.3 Nazwisko <sup>18)</sup>	IV.C.4 Numer PESEL <sup>18)</sup> <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%; display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 10%;"></div> <div style="width: 10%;"></div> <div style="width: 10%;"></div> <div style="width: 10%;"></div> <div style="width: 10%;"></div> <div style="width: 10%;"></div> <div style="width: 10%;"></div> <div style="width: 10%;"></div> <div style="width: 10%;"></div> <div style="width: 10%;"></div> </div>
IV.C.5 Rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość <sup>19)</sup> (należy wypełnić w przypadku, gdy osoba odbierająca nie ma numeru PESEL)  <input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> inny <sup>19)</sup> .....	IV.C.6 Seria i numer <sup>19)</sup> (należy wypełnić w przypadku, gdy osoba odbierająca nie ma numeru PESEL) <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%; display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 10%;"></div> <div style="width: 10%;"></div> <div style="width: 10%;"></div> <div style="width: 10%;"></div> <div style="width: 10%;"></div> <div style="width: 10%;"></div> <div style="width: 10%;"></div> <div style="width: 10%;"></div> <div style="width: 10%;"></div> <div style="width: 10%;"></div> </div>	
IV.C.7 Data odbioru		

**Objaśnienia:**

<sup>14)</sup> W przypadku realizowania zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne częściami świadczeniodawca realizujący zlecenie każdorazowo przy wydaniu wyrobu medycznego drukuje części III i IV wzoru.

<sup>15)</sup> Numer identyfikacyjny REGON. Należy wskazać REGON – 9 cyfr dla praktyk zawodowych albo 14 cyfr dla jednostek organizacyjnych.

<sup>16)</sup> 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.

<sup>17)</sup> Numer seryjny należy wpisać, jeżeli został on nadany wydawanej sztuce wyrobu medycznego.

<sup>18)</sup> Wypełnia się w przypadku, gdy osobą odbierającą jest inna osoba niż pacjent. W przypadku pacjenta wypełnia się, jeżeli dane pacjenta zamieszczone w sekcji I.B uległy zmianie.

<sup>19)</sup> W przypadku zaznaczenia pola „inny” należy wpisać rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość oraz państwo wydania dokumentu.