

| ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE PRZYSŁUGUJĄCE COMIESIĘCZNIE – KONTYNUACJA¹⁾ | | | | |
|---|---|---|--|--|
| IDENTYFIKACJA ZLECENIA | | Unikalny numer identyfikacyjny pierwszego zlecenia wystawionego na ten sam wyrób medyczny | | |
| Unikalny numer identyfikacyjny (nadany przez NFZ) | | Kod kreskowy (nadany przez NFZ) | | |
| CZĘŚĆ I. WYSTAWIENIE ZLECENIA (WYPEŁNIA I DRUKUJE OSOBA UPRAWNIONA DO WYSTAWIENIA ZLECENIA) | | | | |
| I.A. DANE PACJENTA | | | | |
| I.A.1 Imię (imiona) | | I.A.2 Nazwisko | | |
| I.A.3 Numer PESEL <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-top: 5px;"></div> | | I.A.4 Data urodzenia ²⁾ <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px; margin-top: 5px;"></div> | | I.A.5 Płeć ²⁾ <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; margin-top: 5px;"></div> |
| I.A.6 Rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość ²⁾ <input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> inny ³⁾ | | | I.A.7 Seria i numer ²⁾ <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px; margin-top: 5px;"></div> | |
| I.B. OKREŚLENIE WYROBU MEDYCZNEGO | | | | |
| I.B.1 Nazwa wyrobu medycznego | I.B.2 Grupa i liczba porządkowa | I.B.3 Liczba sztuk na miesiąc | I.B.4 Pierwszy miesiąc zaopatrzenia (format: MM-RRRR) | I.B.5 Liczba miesięcy zaopatrzenia (1–12) |
| I.C. DANE OSOBY UPRAWNIONEJ DO WYSTAWIENIA ZLECENIA | | | | |
| I.C.1 Numer prawa wykonywania zawodu | I.C.2 Imię (imiona) i nazwisko | | I.C.3 Podpis | |
| CZĘŚĆ II. WERYFIKACJA ZLECENIA (DOKONYWANA PRZEZ NFZ ZA POŚREDNICTWEM SERWISÓW INTERNETOWYCH LUB USŁUG INFORMATYCZNYCH NFZ – DRUKUJE OSOBA UPRAWNIONA DO WYSTAWIENIA ZLECENIA) | | | | |
| II.A. INFORMACJE DLA PACJENTA | | | | |
| II.A.1 Realizacja zlecenia od dnia | | II.A.2 Końcowa data realizacji zlecenia | | |
| II.A.3 Dodatkowe informacje <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin-top: 5px;"></div> | | | | |
| II.B. POTWIERDZENIE WERYFIKACJI ZLECENIA | | | | |
| II.B.1 Data wystawienia | II.B.2 Weryfikacja za pośrednictwem serwisów internetowych lub usług informatycznych NFZ <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin-top: 5px;"></div> | | | |

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. Drukowaniu podlegają wyłącznie wypełnione komórki.

¹⁾ Zlecenie może być wystawione wyłącznie przez świadczeniodawcę, który wystawił pierwotne zlecenie.

²⁾ Należy wypełnić w przypadku, gdy pacjent nie ma numeru PESEL.

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

| | |
|---|---------------------------------|
| 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 REALIZACJI⁴⁾)

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 ⁵⁾ <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></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 ⁶⁾ | 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 Wytwórca, model, nazwa handlowa i numer seryjny ⁷⁾ | IV.A.3 Liczba wydanych sztuk | IV.A.4 Cena detaliczna sztuki | IV.A.5 Informacja o miesiącu lub miesiącach, których dotyczy odbiór częściowy, jeżeli dotyczy |
| | | | | |
| IV.A.6 Łączna kwota | IV.A.7 Kwota refundacji | IV.A.8 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. POTWIERDZENIE ODBIORU WYROBU MEDYCZNEGO (WYPEŁNIA OSOBA ODBIERAJĄCA)

| | | |
|---|--|--|
| IV.C.1 Osoba odbierająca <input type="checkbox"/> pacjent <input type="checkbox"/> inna osoba odbierająca | | |
| IV.C.2 Imię (imiona) ⁸⁾ | IV.C.3 Nazwisko ⁸⁾ | IV.C.4 Numer PESEL ⁸⁾ <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div> |
| IV.C.5 Rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość ⁸⁾ (należy wypełnić w przypadku, gdy osoba odbierająca nie ma numeru PESEL) <input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> inny ³⁾ | | IV.C.6 Seria i numer ⁸⁾ (należy wypełnić w przypadku, gdy osoba odbierająca nie ma numeru PESEL) <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div> |
| IV.C.7 Data odbioru | IV.C.8 Czytelny podpis osoby odbierającej zawierający imię (imiona) i nazwisko | |

Objaśnienia:

⁴⁾ W przypadku realizowania zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne częściami świadczeniodawca realizujący zlecenie każdorazowo przy wydaniu wyrobu medycznego drukuje części III i IV wzoru.

⁵⁾ Numer identyfikacyjny REGON. Należy wskazać REGON – 9 cyfr dla praktyk zawodowych albo 14 cyfr dla jednostek organizacyjnych.

⁶⁾ 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.

⁷⁾ Numer seryjny należy wpisać, jeżeli został on nadany wydawanej sztuce wyrobu medycznego.

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.