

## CZĘŚĆ I

### WNIOSEK DO PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA O SKIEROWANIE DO PRZEPROWADZENIA ZA GRANICĄ LECZENIA LUB BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH, NALEŻĄCYCH DO ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH, KTÓRYCH NIE WYKONUJE SIĘ AKTUALNIE W KRAJU, ORAZ POKRYCIE KOSZTÓW TRANSPORTU DO MIEJSCA UDZIELENIA ŚWIADCZEŃ

#### INSTRUKCJA

- a. Wniosek należy WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI,
- b. Osoby uprawnione do uzyskania leczenia lub badań diagnostycznych poza granicami kraju oraz osoby uprawnione do składania niniejszego wniosku zostały wskazane w art. 42j ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, z późn. zm.),
- c. Część I.A i V wniosku wypełnia Narodowy Fundusz Zdrowia, zwany dalej „Funduszem”,
- d. Część I.B oraz części II i VI wniosku wypełnia osoba składająca wniosek,
- e. Część III wniosku wypełnia lekarz ubezpieczenia zdrowotnego – specjalista właściwej dziedziny medycyny, posiadający tytuł naukowy profesora lub stopień naukowy doktora nauk medycznych albo doktora habilitowanego nauk medycznych,
- f. Część IV wniosku wypełnia konsultant wojewódzki.

#### UWAGA:

- a. Wniosek z wypełnioną częścią I.B, II, III i VI oraz kopią dokumentacji medycznej składa się do Prezesa Funduszu.
- b. Wniosek może zostać złożony również w formie dokumentu elektronicznego opatrzonego kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem osobistym albo podpisem zaufanym.<sup>1)</sup> Załączniki mogą być odwzorowane cyfrowo.
- c. W przypadku dokumentacji medycznej sporządzonej w języku obcym, do wniosku dołącza się tłumaczenie tej dokumentacji na język polski.

#### I.A. DANE IDENTYFIKACYJNE WNIOSKU

Data wpływu wniosku do Funduszu:  ..... (dd/mm/rr)	Imię i nazwisko oraz czytelny podpis pracownika przyjmującego wniosek:
Numer identyfikacyjny wniosku:	Oznaczenie komórki organizacyjnej Funduszu przyjmującej wniosek:

#### I.B. PRZEDMIOT WNIOSKU:

(proszę zakreślić odpowiednie pola)

- 1.1. ☐ przeprowadzenie poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych – w przypadku leczenia lub badań diagnostycznych należących do świadczeń gwarantowanych, których aktualnie nie wykonuje się w kraju,  
oraz
- 1.2. ☐ pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielenia świadczeń
2. ☐ Wnoszę o przesłanie wniosku do konsultanta wojewódzkiego w celu zaopiniowania.

<sup>1)</sup> Złożenie kwalifikowanego podpisu elektronicznego, podpisu osobistego albo podpisu zaufanego w odpowiednim polu w części VI wniosku jest tożsame ze złożeniem podpisu w miejscu przeznaczonym na podpis tradycyjny.

<b>CZĘŚĆ II</b>	
<b>II.A. DANE OSOBY, KTÓREJ DOTYCZY WNIOSEK</b>	
1.	Imię i nazwisko:
2.	Numer PESEL, a w przypadku jego braku – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość i datę urodzenia:
3.	<div>Adres zamieszkania:</div> <div>3a. Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania):</div>
4.	Numer telefonu lub adres poczty elektronicznej (w przypadku posiadania):
<b>II.B. DANE OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK</b> (wypełnić, jeżeli wniosek składa przedstawiciel ustawowy, małżonek, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba upoważniona przez świadczeniobiorcę):	
5.	Imię i nazwisko:
6.	Numer PESEL, a w przypadku jego braku – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość i datę urodzenia:
7.	<div>Adres zamieszkania:</div> <div>7a. Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania):</div>
8.	Numer telefonu lub adres poczty elektronicznej (w przypadku posiadania):

<b>CZĘŚĆ III</b>	
<b>III.A. DANE LEKARZA WYPEŁNIAJĄCEGO WNIOSEK</b>	
1.	Imię i nazwisko lekarza oraz pieczętka, nadruk albo naklejka zawierające numer prawa wykonywania zawodu oraz specjalizację lekarza:
2.	Pieczętka, nadruk albo naklejka zawierające nazwę i adres świadczeniodawcy, u którego lekarz udziela świadczeń opieki zdrowotnej:
3.	Numer umowy z NFZ:
<b>III.B. MIEJSCE LECZENIA POZA GRANICAMI KRAJU</b>	
1.	Państwo:
2.	Pełna nazwa i dane kontaktowe zagranicznego podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych (adres, numer telefonu/faksu, adres e-mail):
3.	Uzasadnienie wyboru ww. zagranicznego podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych:
<b>III.C. ZAKRES LECZENIA POZA GRANICAMI KRAJU</b>	
1.	Rozpoznanie kliniczne, w zakresie którego dotyczy wniosek, oraz rozpoznania współistniejące (z zastosowaniem aktualnej międzynarodowej statystycznej klasyfikacji chorób i problemów zdrowotnych):
2.	Dotychczasowy przebieg choroby i zastosowane leczenie:
3.	Prognoza, co do prawdopodobnego dalszego przebiegu choroby:
4.	Wskazanie szczegółowego zakresu leczenia lub badań diagnostycznych, których dotyczy wniosek (z zastosowaniem aktualnej Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Procedur Medycznych ICD-9):
5.	Uzasadnienie braku możliwości leczenia w kraju oraz konieczności leczenia w zagranicznym podmiocie udzielającym świadczeń zdrowotnych:
<b>III.D. WSKAZANIA DOTYCZĄCE TRANSPORTU DO MIEJSCA UDZIELENIA ŚWIADCZEŃ POZA GRANICAMI KRAJU</b>	
Wskazanie środka transportu do miejsca udzielenia świadczeń:	
Opis stanu zdrowia pacjenta uzasadniający zastosowanie ww. środka transportu:	

--

Miejscowość: ..... Data wypełnienia wniosku: .....  
(dd/mm/rr)

Czytelny podpis lekarza wypełniającego wniosek: .....

**CZĘŚĆ IV**

(wypełnia konsultant wojewódzki w zakresie wskazanym przez Prezesa Funduszu)

Imię i nazwisko, województwo, dziedzina medycyny, numer prawa wykonywania zawodu:

Miejscowość: ..... Data wypełnienia wniosku: .....  
(dd/mm/rr)

Czytelny podpis konsultanta wojewódzkiego: .....

<b>CZĘŚĆ V</b> (wypełnia Fundusz)		
1.	Przedmiot wniosku:	1.1. <input type="checkbox"/> przeprowadzenie leczenia poza granicami kraju 1.2. <input type="checkbox"/> przeprowadzenie badań diagnostycznych poza granicami kraju 1.3. <input type="checkbox"/> pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielenia świadczeń
2.	Przewidywane koszty wnioskowanego leczenia lub badań diagnostycznych:	
3.	Rodzaj środka oraz przewidywane koszty transportu do miejsca udzielenia świadczeń poza granicami kraju:	..... (środek transportu) ..... (koszty transportu)
4.	Miejscowość: ..... Data: ..... (dd/mm/rr)  Czytelny podpis pracownika właściwej komórki organizacyjnej Funduszu: .....	

## CZĘŚĆ VI

Do niniejszego wniosku załączam następujące dokumenty (rodzaj, liczba arkuszy):

This image shows a full page of white paper with horizontal dotted lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, providing a guide for handwriting practice. There are no margins, text, or other markings on the page.

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że jestem świadomy/ma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.<sup>2)</sup>

Miejscowość: ..... Data: .....  
(dd/mm/rr)

Czytelny podpis osoby składającej wniosek: .....

\_\_\_\_\_  
kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis osobisty albo podpis zaufany osoby składającej wniosek:

kwalfikowany podpis elektroniczny, podpis osobisty albo podpis zaufany osoby składającej wniosek:

<sup>2)</sup> Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia na podstawie art. 233 § 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2020 r. poz. 1444 i 1517).

W przypadku zmian w zakresie podanych danych, które nastąpiły w trakcie rozpatrywania wniosku, w szczególności dotyczących danych osobowych lub ubezpieczeniowych, Fundusz zwraca się z prośbą o niezwłoczne poinformowanie o tych zmianach, w celu sprawnego rozpatrzenia wniosku.