

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 <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-top: 5px;"></div> | | I.A.4 Data urodzenia ¹⁾ | I.A.5 Płeć ¹⁾ | I.A.6 Symbol państwa, jeżeli dotyczy ²⁾ | I.A.7 Rodzaj i numer dokumentu uprawniającego do uzyskania przez pacjenta świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, jeżeli dotyczy |
| I.A.8 Rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość ¹⁾ <input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> inny ³⁾ | | | | I.A.9 Seria i numer ¹⁾ <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px; margin-top: 5px;"></div> | |

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 <input type="checkbox"/> lewostronne <input type="checkbox"/> prawostronne <input type="checkbox"/> nie dotyczy | |
| I.B.1.4 Nazwa naprawianego wyrobu medycznego, wytwórca, model, nazwa handlowa, numer seryjny ⁴⁾ 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 <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie | I.C.3 Limit ceny naprawy | I.C.4 Kod oddziału wojewódzkiego NFZ ⁵⁾ | 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: 1.2em; width: 100%; display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> </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 III.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. POTWIERDZENIE ODBIORU NAPRAWIONEGO WYROBU MEDYCZNEGO (WYPEŁNIA OSOBA ODBIERAJĄCA)

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: 1.2em; width: 100%; display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> </div> |
| III.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⁾ | | III.C.6 Seria i numer ⁸⁾ (należy wypełnić w przypadku, gdy osoba odbierająca nie ma numeru PESEL) <div style="border: 1px solid black; height: 1.2em; width: 100%; display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> </div> |
| III.C.7 Data odbioru | III.C.8 Czytelny podpis osoby odbierającej zawierający imię (imiona) i nazwisko | |

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.