

ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE**IDENTYFIKACJA ZLECENIA**☐ ZLECENIE☐ KONTYNUACJA ZLECENIA ¹⁾

Unikalny numer identyfikacyjny (nadany przez NFZ)

Kod kreskowy (nadany przez NFZ)

CZĘŚĆ I. WYSTAWIENIE ZLECENIA (WYPEŁNIA I DRUKUJE OSOBA UPRAWNIIONA DO WYSTAWIENIA ZLECENIA)**I.A. DANE PODMIOTU, W RAMACH KTÓREGO WYSTAWIONO ZLECENIE**

I.A.1 Nazwa

I.A.2 Adres miejsca udzielania świadczeń: kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer domu lub lokalu lub pieczętka zawierająca dane z pól I.A.1-3

I.A.3 REGON²⁾

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

I.B. DANE PACJENTA

I.B.1 Imię (imiona)

I.B.2 Nazwisko

I.B.3 Numer PESEL

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

I.B.4 Data

urodzenia³⁾

I.B.5

Płeć³⁾I.B.6 Symbol państwa, jeżeli dotyczy⁴⁾

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

I.B.8 Rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość^{2,3)}☐ paszport ☐ inny⁵⁾I.B.9 Seria i numer³⁾

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

I.BA. UPRAWNIENIA**I.BA.1 UPRAWNIENIE DODATKOWE LUB INNE UPRAWNIENIE, Z KTÓREGO BĘDZIE KORZYSTAŁ PACJENT**

| | | | | | |
|--|--|---|---|--|--|
| | I.BA.2 Rodzaj dokumentu potwierdzającego uprawnienie dodatkowe lub wpisanie litery „C” na oznaczenie kobiety w ciąży | I.BA.3 Numer dokumentu z pkt I.BA.2 ⁶⁾ | I.BA.4 Data ważności dokumentu z pkt I.BA.2 ⁶⁾ | I.BA.5 Data wystawienia dokumentu z pkt I.BA.2 ⁶⁾ | I.BA.6 Numer prawa wykonywania zawodu osoby uprawnionej, która wystawiła dokument potwierdzający uprawnienie dodatkowe, jeżeli dotyczy ⁶⁾ |
| | I.BA.7 Kod tytułu uprawnienia dodatkowego ⁶⁾ | | | | |

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⁾ Dotyczy wyrobów medycznych przysługujących comiesięcznie (wypełnia osoba uprawniona do wystawienia zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne).

²⁾ Numer identyfikacyjny REGON. Należy wskazać REGON – 9 cyfr dla praktyk zawodowych albo 14 cyfr dla jednostek organizacyjnych.

³⁾ Należy wypełnić w przypadku, gdy pacjent nie ma numeru PESEL.

⁴⁾ Symbol państwa odpowiedniego dla instytucji właściwej dla osoby uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji.

⁵⁾ W przypadku zaznaczenia pola „inny” należy wpisać rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość oraz państwo wydania dokumentu.

⁶⁾ Wypełnia się, jeżeli dokument potwierdzający uprawnienie dodatkowe zawiera daną informację.

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

I.C. OKREŚLENIE WYROBU MEDYCZNEGO

I.C.1 Wyrób medyczny⁷⁾

| | |
|--|--|
| I.C.1.1 Grupa i liczba porządkowa | I.C.1.2 Umiejscowienie (nie dotyczy stomii) <input type="checkbox"/> lewostronne <input type="checkbox"/> prawostronne <input type="checkbox"/> nie dotyczy |
| I.C.1.3 Liczba przetok (dotyczy stomii) | I.C.1.4 Rodzaj przetok (dotyczy stomii) <input type="checkbox"/> urostomia <input type="checkbox"/> kolostomia <input type="checkbox"/> ileostomia <input type="checkbox"/> przetoka ślinowa <input type="checkbox"/> nefrostomia |
| I.C.1.5 Kod ICD-10 (uzasadnienie obejmujące jednostkowe dane medyczne pacjenta) | I.C.1.6 Liczba sztuk (dotyczy zleceń innych niż comiesięczne) I.C.1.7 Liczba sztuk na miesiąc (dotyczy comiesięcznych zleceń) I.C.1.8 Pierwszy miesiąc zaopatrzenia comiesięcznego (format: MM-RRRR) I.C.1.9 Liczba miesięcy zaopatrzenia comiesięcznego (1–12) |
| I.C.1.10 Nazwa wyrobu medycznego | I.C.1.11 Kryteria przyznania wyrobu medycznego⁸⁾ |

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

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

I.E. DANE OSOBY UPRAWNIONEJ DO WYSTAWIENIA ZLECENIA

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

Objaśnienia:

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

⁸⁾ 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 (Dz. U. z 2021 r. poz. 523, z późn. zm.). W przypadku zaopatrzenia obustronnego należy określić kryterium dla każdej strony osobno.

| | | | | | | |
|--|---|---|----------------------------------|---------------------------|--|---|
| 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 | | | | | | |
| II.A.1 Wynik weryfikacji <input type="checkbox"/> pozytywna <input type="checkbox"/> negatywna | II.A.2 Kod oddziału wojewódzkiego NFZ ⁹⁾ | | | | | |
| II.AA.1 Realizacja zlecenia od dnia | II.AA.2 Końcowa data realizacji zlecenia | | | | | |
| 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 ¹⁰⁾ | II.B.7 Data ważności potwierdzenia limitu finansowania ¹¹⁾ |
| | | | | | | |
| II.C. PRZYZCZYNA NEGATYWNEJ WERYFIKACJI (JEŻELI DOTYCZY) | | | | | | |
| | | | | | | |
| II.D. INFORMACJE DLA PACJENTA | | | | | | |
| | | | | | | |
| II.E. POTWIERDZENIE WERYFIKACJI ZLECENIA | | | | | | |
| II.E.1 Data weryfikacji | II.E.2 Weryfikacja za pośrednictwem serwisów internetowych lub usług informatycznych NFZ/Imię (imiona), nazwisko i podpis pracownika oddziału wojewódzkiego NFZ | | | | | |
| | | | | | | |

Objaśnienia:

⁹⁾ Kod właściwego dla pacjenta oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, który finansuje zaopatrzenie w wyroby medyczne.

¹⁰⁾ 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.

¹¹⁾ 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 REALIZACJI¹²⁾)

| | | |
|--|---|--|
| 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 ¹³⁾ <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 15px; position: relative;"> <div style="position: absolute; top: -10px; left: 0; right: 0; border-bottom: 1px solid black;"></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 ¹⁴⁾ | 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 ¹⁵⁾ | 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. 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) ¹⁶⁾ | IV.C.3 Nazwisko ¹⁶⁾ | IV.C.4 Numer PESEL ¹⁶⁾ <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 15px; position: relative;"> <div style="position: absolute; top: -10px; left: 0; right: 0; border-bottom: 1px solid black;"></div> </div> |
| IV.C.5 Rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość ¹⁶⁾ (należy wypełnić w przypadku, gdy osoba odbierająca nie ma numeru PESEL) <input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> inny ¹⁷⁾ | | IV.C.6 Seria i numer ¹⁶⁾ (należy wypełnić w przypadku, gdy osoba odbierająca nie ma numeru PESEL) <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 15px; position: relative;"> <div style="position: absolute; top: -10px; left: 0; right: 0; border-bottom: 1px solid black;"></div> </div> |
| IV.C.7 Data odbioru | IV.C.8 Czytelny podpis osoby odbierającej zawierający imię (imiona) i nazwisko | |

Objaśnienia:

¹²⁾ W przypadku realizowania zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne częściami świadczeniodawca realizujący zlecenie każdorazowo przy wydaniu wyrobu medycznego drukuje części III i IV wzoru.

¹³⁾ Numer identyfikacyjny REGON. Należy wskazać REGON – 9 cyfr dla praktyk zawodowych albo 14 cyfr dla jednostek organizacyjnych.

¹⁴⁾ 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.

¹⁵⁾ Numer seryjny należy wpisać, jeżeli został on nadany wydawanej sztuce wyrobu medycznego.

¹⁶⁾ 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.

¹⁷⁾ W przypadku zaznaczenia pola „inny” należy wpisać rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość oraz państwo wydania dokumentu.