

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia (poz.)

Wzór*

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		I.A.4 Data urodzenia ²⁾	I.A.5 Płeć ²⁾
I.A.6 Rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość ²⁾		I.A.7 Seria i numer ²⁾	
<input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> inny ³⁾			
I.B. OKREŚLENIE WYROBU MEDYCZNEGO			
I.B.1 Nazwa wyrobu medycznego	I.B.2 Liczba sztuk na miesiąc	I.B.3 Pierwszy miesiąc zaopatrzenia (format: MM-RRRR)	I.B.4 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			
II.B. POTWIERDZENIE WERYFIKACJI ZLECENIA			
II.B.1 Data wystawienia	II.B.2 Weryfikacja za pośrednictwem serwisów internetowych lub usług informatycznych NFZ		

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⁾ Kontynuacja zlecenia możliwa wyłącznie u tego samego świadczeniodawcy.

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⁾
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 II.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⁾
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)	
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.