

ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE*

Numer ewidencyjny zlecenia: *unikalny numer ewidencyjny nadawany przez pracownika NFZ*

Pieczęć placówki, która ma podpisaną umowę z NFZ

Pieczętka lub nadruk zawierające dane adresowe przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego/praktyki zawodowej wraz z numerem REGON oraz numerem umowy z NFZ

I. DANE ŚWIADCZENIOBIORCY

Nazwisko i imię: *Jan Kowalski*

Adres zamieszkania

Kod pocztowy: Miejscowość: *Znana*

Ulica *ul. Spokojna* nr domu *11* m. *1*

Numer PESEL, a w przypadku jego braku nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość:

0	9	8	7	6	5	4	3	2
---	---	---	---	---	---	---	---	---

II. OKREŚLENIE WYROBU MEDYCZNEGO**

Liczba porządkowa wyrobu medycznego

liczba sztuk *wg. limitu*

P	/	0	9	9
---	---	---	---	---

Określenie wyrobu medycznego wraz z pisemnym uzasadnieniem (np. według klasyfikacji ICD-10)

..... *C18 - rak jelita grubego, wyłaniona kolostomia*

Zaopatrzenie:

prawostronne lewostronne nie dotyczy

Soczewki okularowe korekcyjne

		Sfera	Cylinder	Oś	Pryzma	
Do dali	OP					Odległość źrenic
	OL				 mm
Do bliży	OP					Odległość źrenic
	OL				 mm

III. DODATKOWE WSKAZANIA ZLECAJĄCEGO ZAOPATRZENIE:

Miesiąc, którego dotyczy zaopatrzenie comiesięczne:

2014-07-01

Data wystawienia zlecenia

podpis i pieczęć

Pieczętka i podpis osoby uprawnionej do wystawienia zlecenia lub kontynuacji zaopatrzenia wraz z numerem prawa wykonywania zawodu

* Zlecenie na zaopatrzenie comiesięczne może być wystawione na okres nie dłuższy niż trzy kolejne miesiące. Zlecenie na zaopatrzenie comiesięczne może zostać zrealizowane wyłącznie w miesiącach, na które zostało wystawione, z wyłączeniem miesięcy, które upłynęły.

** Zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696, z późn.zm.).

IV. POTWIERDZENIE UPRAWNIENIA DO ZAOPATRZENIA WNIOSKOWANYM WYROBEM MEDYCZNYM

Kod tytułu uprawnienia

Kod tytułu uprawnienia dodatkowego nr dokumentu

Nazwa i numer oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia:

Limit finansowania ze środków publicznych Refundacja Narodowego Funduszu Zdrowia%

Przyczyna odmowy potwierdzenia prawa do refundacji

Data potwierdzenia zlecenia

Podpis i pieczętka pracownika oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

V. POTWIERDZENIE ODBIORU WYROBU MEDYCZNEGO U ŚWIADCZENIODAWCY

Data przyjęcia do realizacji

Pieczętka podmiotu realizującego czynności z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne, w tym adres miejsca udzielania świadczeń wraz z numerem umowy z NFZ

Liczba sztuk Dane dotyczące wyrobu medycznego (wytwórca, model, nazwa handlowa)

Cena detaliczna wyrobu medycznego Kwota refundacji Dopłata świadczeniobiorcy

Potwierdzam wydanie wyrobu medycznego zgodnie ze zleceniem

Data, pieczętka i podpis osoby realizującej zlecenie

Potwierdzam odbiór wyrobu medycznego zgodnie ze zleceniem

Data odbioru, imię i nazwisko, numer PESEL, a w przypadku jego braku nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby odbierającej
(wypełnić drukowanymi literami)

podpis osoby odbierającej***

*** W przypadku osoby niewidomej formą potwierdzenia odbioru może być również faksymile podpisu złożona w obecności osoby wydającej wyrób medyczny.

WYPEŁNIA OSOBA UPRAWNIIONA DO WYSTAWIENIA ZLECENIA LUB KONTYNUACJI ZAOPATRZENIA

WYPEŁNIA PRACOWNIK ODDZIAŁU WOJEWÓDZKIEGO NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

WYPEŁNIA PODMIOT REALIZUJĄCY CZYNNOŚCI Z ZAKRESU ZAOPATRZENIA W WYROBY MEDYCZNE