

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia ..... (poz. ....)

Załącznik nr 1

Wzór

<b>ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE</b>														
<b>IDENTYFIKACJA ZLECENIA</b>		<input type="checkbox"/> ZLECENIE		<input type="checkbox"/> KONTYNUACJA ZLECENIA <sup>1)</sup>										
Unikalny numer identyfikacyjny (nadany przez NFZ)		Kod kreskowy (nadany przez NFZ)												
<b>CZĘŚĆ I. WYSTAWIENIE ZLECENIA (WYPEŁNIA I DRUKUJE OSOBA UPRAWNIONA DO WYSTAWIENIA ZLECENIA)</b>														
<b>I.A. DANE PODMIOTU, W RAMACH KTÓREGO WYSTAWIONO ZLECENIE</b>														
I.A.1 Nazwa <sup>2)</sup>		I.A.2 Adres miejsca udzielania świadczeń: państwo, kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer domu lub lokalu albo pieczętka zawierająca dane z pkt I.A.1-3												
I.A.3 REGON <sup>2) 3)</sup>														
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>														
<b>I.B. DANE PACJENTA</b>														
I.B.1 Imię (imiona)		I.B.2 Nazwisko												
I.B.3 Numer PESEL		I.B.4 Data urodzenia <sup>4)</sup>		I.B.5 Płeć <sup>4)</sup>										
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>														
I.B.6 Identyfikator / Rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość <sup>4)</sup>		I.B.7 Identyfikator / Seria i numer <sup>4)</sup>												
<input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> inny <sup>5)</sup> .....		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>												
<b>I.BA. UPRAWNIENIA</b>														
<b>I.BA.1 UPRAWNIENIE DODATKOWE LUB INNE UPRAWNIENIE, Z KTÓREGO BĘDZIE KORZYSTAŁ PACJENT</b>														
/	I.BA.2 Rodzaj dokumentu potwierdzającego uprawnienie dodatkowe lub „C” na oznaczenie kobiety w ciąży	I.BA.3 Numer dokumentu z pkt I.BA.2 <sup>6)</sup>	I.BA.4 Data ważności dokumentu z pkt I.BA.2 <sup>6)</sup>	I.BA.5 Data wystawienia dokumentu z pkt I.BA.2 <sup>6)</sup>										
I.BA.6 Kod tytułu uprawnienia dodatkowego <sup>6)</sup>														
.....														

**Objaśnienia:**

- <sup>1)</sup> Dotyczy wyrobów medycznych przysługujących comiesięcznie (wypełnia osoba uprawniona do wystawienia zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne).
- <sup>2)</sup> Nie wypełnia się jeżeli w pkt I.A.2 wstawiono pieczętę
- <sup>3)</sup> Numer identyfikacyjny REGON. Należy wskazać REGON – 9 znaków dla praktyk zawodowych albo 14 znaków dla jednostek organizacyjnych, które swoje siedziby mają w różnych województwach.
- <sup>4)</sup> Należy wypełnić w przypadku, gdy pacjent nie ma numeru PESEL.
- <sup>5)</sup> W przypadku zaznaczenia pola „inny” należy wpisać rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość oraz państwo wydania dokumentu.
- <sup>6)</sup> Wypełnia się, jeżeli dokument potwierdzający uprawnienie dodatkowe zawiera daną informację.



**CZĘŚĆ II. WERYFIKACJA ZLECENIA** (DOKONYWANA PRZEZ NFZ ZA POŚREDNICTWEM SERWISÓW INTERNETOWYCH LUB USŁUG INFORMATYCZNYCH NFZ ALBO BEZPOŚREDNIO W OW NFZ – WÓWCZAS DRUKUJE OSOBA UPRAWNIONA DO WYSTAWIENIA ZLECENIA )

**II.A. WYNIK WERYFIKACJI**

II.A.1 Wynik weryfikacji

 pozytywna  negatywna

II.AA.1 Realizacja zlecenia od dnia

II.AA.2 Końcowa data realizacji zlecenia

**II.B. POTWIERDZENIE LIMITU FINANSOWANIA WYROBU MEDYCZNEGO**

Lp.	II.B.3 Grupa i liczba porządkowa	II.B.4 Kod	II.B.5 Umiejscowienie (L- lewostronne, P- prawostronne), jeżeli dotyczy	II.B.6 Potwierdzona liczba sztuk	II.B.7 Limit finansowania	II.B.8 Wysokość procentowego udziału NFZ w limicie finansowania <sup>8)</sup>	II.B.9 Data ważności potwierdzenia limitu finansowania <sup>9)</sup>

**II.C. PRZYCZYNA 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 OW NFZ

**Objaśnienia:**
<sup>8)</sup> 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.

<sup>9)</sup> Ważność potwierdzonego limitu finansowania ze środków publicznych wyrobu medycznego uzależniona jest od wielu danych, np. wieku, informacji, czy kobieta jest w ciąży.

**CZĘŚĆ III. REALIZACJA ZLECENIA U ŚWIADCZENIODAWCY** (WYPEŁNIA I DRUKUJE ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE)**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 <sup>10)</sup> <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				

**CZĘŚĆ IV. POTWIERDZENIE ODBIORU WYROBU MEDYCZNEGO** (WYPEŁNIA I DRUKUJE ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE ORAZ OSOBA ODBIERAJĄCA)**IV.A. DANE DOTYCZĄCE WYDANEGO WYROBU MEDYCZNEGO** (WYPEŁNIA ŚWIADCZENIODAWCA)

Lp.	III.A.1 Kod	III.A.2 Umiejscowienie (L- lewostronne, P- prawostronne), jeżeli dotyczy	III.A.3 Wytwórca, model, nazwa handlowa i numer seryjny, jeżeli dotyczy	III.A.4 Liczba wydanych sztuk	III.A.5 Cena detaliczna sztuki	III.A.6 Informacja o odbiorze oraz o miesiącach, których dotyczy odbiór <sup>11)</sup>

III.A.6 łączna kwota	III.A.7 Kwota refundacji	III.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 <sup>12)</sup>	IV.C.3 Nazwisko <sup>12)</sup>	IV.C.4 Numer PESEL <sup>12)</sup> <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				
IV.C.5 Identyfikator / Rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość <sup>12)</sup> (należy wypełnić w przypadku, gdy osoba odbierająca nie ma numeru PESEL)  <input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> inny <sup>13)</sup> .....		III.C.6 Identyfikator / Seria i numer <sup>12)</sup> (należy wypełnić w przypadku, gdy osoba odbierająca nie ma numeru PESEL) <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				
IV.C.7 Data odbioru	IV.C.8 Czytelny podpis																					

**Objaśnienia:**

<sup>10)</sup> Numer identyfikacyjny REGON. Należy wskazać REGON – 9 znaków dla praktyk zawodowych albo 14 znaków dla jednostek organizacyjnych, które swoje siedziby mają w różnych województwach.

<sup>11)</sup> Wypełnia się w przypadku, gdy odbiór jest realizowany częściowo.

<sup>12)</sup> Wypełnia się w przypadku, gdy osobą odbierającą jest inną osobą niż pacjent.

<sup>13)</sup> W przypadku zaznaczenia pola „inny” należy wpisać rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość oraz państwo wydania dokumentu.