

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 2 sierpnia 2019 r. (poz. 1555)

Załącznik nr 1

WZÓR*

Strona 1 z 4

ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE					
IDENTYFIKACJA ZLECENIA		<input type="checkbox"/> ZLECENIE		<input type="checkbox"/> 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 REGON ²⁾					
I.B. DANE PACJENTA					
I.B.1 Imię (imiona)		I.B.2 Nazwisko			
I.B.3 Numer PESEL		I.B.4 Data urodzenia ³⁾	I.B.5 Płeć ³⁾	I.B.6 Symbol państwa, jeżeli dotyczy ⁴⁾	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 ³⁾		I.B.9 Seria i numer ³⁾			
<input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> inny ⁵⁾					
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
Do dali	OP		
	OL		
Do bliży	OP		
	OL		
Odległość źrenic mm			
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 2019 r. poz. 784, 999 i 1096). 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 UPRAWNIIONA 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. 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 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 REALIZACJI ¹²⁾)					
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⁾			
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⁾	
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)		
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.

WZÓR*

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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

I.A.4 Data urodzenia¹⁾I.A.5 Płeć²⁾I.A.6 Symbol państwa, jeżeli dotyczy²⁾

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 tożsamość¹⁾ paszport inny³⁾I.A.9 Seria i numer¹⁾

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

I.AA. UPRAWNIENIE DODATKOWE, Z KTÓREGO BĘDZIE KORZYSTAŁ PACJENT

I.AA.1 Czy pacjent posiada uprawnienia dodatkowe?

 TAK NIE**I.B. OKREŚLENIE WYROBU MEDYCZNEGO BĄDĄCEGO 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

 lewostronne prawostronne nie dotyczyI.B.1.4 Nazwa naprawianego wyrobu medycznego, wytwórca, model, nazwa handlowa, numer seryjny⁴⁾ 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

 tak nie

I.C.3 Limit ceny naprawy

I.C.4 Kod oddziału wojewódzkiego NFZ⁵⁾

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⁾	
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 <input type="checkbox"/> pacjent <input type="checkbox"/> inna osoba odbierająca			
III.C.2 Imię (imiona) ⁸⁾	III.C.3 Nazwisko ⁸⁾	III.C.4 Numer PESEL ⁸⁾	
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)	
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.