

## WZÓR

<p><b>CZĘŚĆ I</b></p> <p align="center"><b>WNIOSEK DO PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA O PRZEPROWADZENIE LECZENIA LUB BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH POZA GRANICAMI KRAJU ORAZ POKRYCIE KOSZTÓW TRANSPORTU DO MIEJSCA UDZIELENIA ŚWIADCZEŃ</b></p> <p align="center"><b>INSTRUKCJA</b></p> <p>a. Wniosek należy WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI, b. Osoby uprawnione do uzyskania leczenia lub badań diagnostycznych poza granicami kraju oraz osoby uprawnione do składania niniejszego wniosku zostały wskazane w art. 42j ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.), c. Część I.A. wniosku wypełnia centrala Narodowego Funduszu Zdrowia, zwana dalej „centralą Funduszu”, d. Część I.B. oraz części II i VI wniosku wypełnia osoba składająca wniosek, e. Część III. A - D wniosku wypełnia lekarz ubezpieczenia zdrowotnego - specjalista w dziedzinie medycyny właściwej ze względu na zakres wnioskowanego leczenia lub badań diagnostycznych, posiadający tytuł naukowy profesora lub stopień naukowy doktora habilitowanego nauk medycznych, f. Część IV wniosku wypełnia konsultant wojewódzki, g. Część V wniosku wypełnia Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, zwany dalej „Prezesem Funduszu”.</p> <p align="center"><b>UWAGA:</b></p> <p>a. Wniosek z wypełnioną częścią I, II, III i VI oraz kopią dokumentacji medycznej składa się w centrali Funduszu. b. W przypadku dokumentacji medycznej sporządzonej w języku obcym, do wniosku dołącza się tłumaczenie tej dokumentacji na język polski; tłumaczenie nie musi być sporządzone przez tłumacza przysięgłego.</p> <p align="center"><b>I. A. DANE IDENTYFIKACYJNE WNIOSKU</b></p>	
Data wpływu wniosku do centrali Funduszu:  ..... (dd/mm/rrrr)	Pieczęć jednostki organizacyjnej centrali Funduszu:
Numer identyfikacyjny wniosku:	Imię i nazwisko/ pieczęć/ podpis osoby przyjmującej wniosek:
<p align="center"><b>I. B. PRZEDMIOT WNIOSKU:</b> (proszę zakreślić odpowiednie pola)</p> <p>1.1. <input type="checkbox"/> przeprowadzenie poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych - w przypadku leczenia lub badań diagnostycznych należących do świadczeń gwarantowanych, których aktualnie nie wykonuje się w kraju, oraz 1.2. <input type="checkbox"/> pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielania świadczeń</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Wnoszę o przesłanie wniosku do konsultanta wojewódzkiego w celu zaopiniowania.<sup>1</sup></p>	

<sup>1</sup> Zaznaczenie tego pola spowoduje obligatoryjne przesłanie wniosku do zaopiniowania przez konsultanta wojewódzkiego.

<b>CZĘŚĆ II</b>		
<b>II. A. DANE OSOBY, KTÓREJ DOTYCZY WNIOSEK</b>		
1.	Imię i nazwisko:	
2.	Numer PESEL (w przypadku gdy nie nadano nr PESEL - numer dokumentu potwierdzającego tożsamość):	
3.	Data urodzenia:	
4.	Adres miejsca zamieszkania:	
5.	Adres do korespondencji (wypełnić w przypadku gdy jest inny niż adres miejsca zamieszkania):	
6.	Numer telefonu lub adres poczty elektronicznej <sup>2</sup> :	
<b>II. B. DANE OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK</b> (wypełnić, jeśli wniosku nie składa osoba, której dotyczy wniosek)		
1.	Imię i nazwisko:	
2.	Numer PESEL (w przypadku gdy nie nadano nr PESEL- numer dokumentu potwierdzającego tożsamość):	
3.	Data urodzenia:	
4.	Adres miejsca zamieszkania:	
5.	Adres do korespondencji (wypełnić w przypadku gdy jest inny niż adres miejsca zamieszkania):	
6.	Numer telefonu lub adres poczty elektronicznej <sup>2</sup> :	

---

<sup>2</sup> Jeżeli posiada.

<b>CZĘŚĆ III</b>	
<b>III. A. DANE LEKARZA WYPEŁNIAJĄCEGO WNIOSEK</b>	
1.	Imię i nazwisko lekarza:
2.	Pieczęć lekarza zawierająca numer prawa wykonywania zawodu, informację o specjalizacji oraz tytuł lub stopień naukowy:
3.	Pieczęć świadczeniodawcy, u którego lekarz wypełniający wniosek udziela świadczeń opieki zdrowotnej:
<b>III. B. WSKAZANIE ZAGRANICZNEGO PODMIOTU UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH, W KTÓRYM MAJĄ ZOSTAĆ UDZIELONE ŚWIADCZENIA OPIEKI ZDROWOTNEJ</b>	
1.	Państwo:
2.	Pełna nazwa i dane kontaktowe podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych w innym niż Rzeczpospolita Polska Państwie członkowskim UE/EFTA lub w innym państwie niż państwo członkowskie UE/EFTA (adres, numer telefonu/faksu, adres e-mail):
3.	Uzasadnienie wyboru ww. zagranicznego podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych:
<b>III. C. ZAKRES LECZENIA POZA GRANICAMI KRAJU</b>	
1.	Rozpoznanie kliniczne, w zakresie którego dotyczy wniosek, rozpoznania współistniejące (z zastosowaniem Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD - 10):
2.	Dotychczasowy przebieg choroby i zastosowane leczenie:
3.	Prognoza, co do prawdopodobnego dalszego przebiegu choroby:
4.	Wskazanie szczegółowego zakresu leczenia lub badań diagnostycznych, których dotyczy wniosek:

5.	Uzasadnienie konieczności leczenia w zagranicznym podmiocie udzielającym świadczeń zdrowotnych, wraz ze wskazaniem przyczyn braku możliwości przeprowadzenia leczenia na terenie kraju:	
<b>III. D. WSKAZANIA DOTYCZĄCE TRANSPORTU DO MIEJSCA LECZENIA POZA GRANICAMI KRAJU</b>		
	Wskazanie środka transportu do miejsca leczenia poza granicami kraju wraz z uzasadnieniem konieczności jego zastosowania:	

Miejscowość:.....Data wypełnienia wniosku:.....  
(dd/mm/rrrr)

Podpis lekarza wypełniającego wniosek:.....

Pieczęć lekarza wypełniającego wniosek:

**CZĘŚĆ IV**

(wypełnia konsultant wojewódzki w zakresie wskazanym przez Prezesa Funduszu)

Miejscowość:.....Data wypełnienia wniosku:.....  
(dd/mm/rrrr)

Podpis konsultanta wojewódzkiego opiniującego wniosek:.....

Pieczęć konsultanta wojewódzkiego opiniującego wniosek:

<b>CZĘŚĆ V</b> (wypełnia centrala Funduszu)	
1.	Przedmiot wniosku:  1.1. <input type="checkbox"/> przeprowadzenie leczenia poza granicami kraju 1.2. <input type="checkbox"/> przeprowadzenie badań diagnostycznych poza granicami kraju 1.3. <input type="checkbox"/> pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielania świadczeń
2.	Przewidywane koszty wnioskowanego leczenia lub badań diagnostycznych:
3.	Rodzaj środka oraz przewidywane koszty transportu do miejsca leczenia poza granicami kraju:  ..... (środek transportu)  ..... (koszty transportu)
4.	Miejscowość:.....Data:..... (dd/mm/rrrr)  Podpis i pieczęć pracownika właściwej komórki organizacyjnej Centrali Funduszu:  .....  Pieczęć właściwej komórki organizacyjnej Centrali Funduszu:

**CZĘŚĆ VI - SPIS ZAŁĄCZNIKÓW**

Do niniejszego wniosku załączam następujące dokumenty (rodzaj, ilość ark.):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**OŚWIADCZENIE**

Świadomy/ świadoma odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu karnego oświadczam, że wszystkie dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.

Jednocześnie zobowiązuje się do niezwłocznego informowania Funduszu o zmianach, które nastąpią w trakcie rozpatrywania wniosku, w szczególności dotyczących danych osobowych lub ubezpieczeniowych.

Miejscowość: .....Data: .....Czytelny podpis osoby składającej wniosek: .....  
(dd/mm/rrrr)