

Wzór

<b>ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE</b>						1/7												
<b>IDENTYFIKACJA ZLECENIA</b>			<input type="checkbox"/> ZLECENIE	<input type="checkbox"/> KONTYNUACJA ZLECENIA <sup>1)</sup>														
Unikalny numer identyfikacyjny (nadany przez Narodowy Fundusz Zdrowia)			Unikalny numer identyfikacyjny w postaci kodu kreskowego (nadany przez Narodowy Fundusz Zdrowia)															
<b>CZĘŚĆ I. WYSTAWIENIE ZLECENIA NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE</b> (WYPEŁNIA OSOBA UPRAWNIIONA DO WYSTAWIENIA ZLECENIA NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE)																		
<b>I.A. DANE PODMIOTU, W RAMACH KTÓREGO WYSTAWIONO ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE</b>																		
I.A.1 Nazwa																		
I.A.2 Adres: wskazanie państwa, kodu pocztowego, miejscowości, ulicy, numeru domu lub lokalu																		
I.A.3 REGON <sup>2)</sup>			I.A.4 Numer umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia (należy wypełnić w przypadku wykonywania umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia)		I.A.5 Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia (z którym została zawarta umowa – pkt I.A.4)													
<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><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>																		
<b>I.B. DANE ŚWIADCZENIOBIORCY</b>																		
I.B.1 Imię (imiona)			I.B.2 Nazwisko															
I.B.3 Numer PESEL			I.B.4 Data urodzenia (należy wypełnić w przypadku, gdy świadczeniobiorca nie ma numeru PESEL)		I.B.5 Płeć (należy wypełnić w przypadku, gdy świadczeniobiorca nie ma numeru PESEL)													
<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><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>																		
I.B.6 Identyfikator / Rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość (należy wypełnić w przypadku, gdy świadczeniobiorca nie ma numeru PESEL)				I.B.7 Identyfikator / Seria i numer (należy wypełnić w przypadku, gdy świadczeniobiorca nie ma numeru PESEL)														
<input type="checkbox"/> dowód osobisty <input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> inny <sup>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><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>														
Adres miejsca zamieszkania																		
I.B.8 <input type="checkbox"/> brak adresu miejsca zamieszkania		I.B.9 Kod pocztowy	I.B.10 Miejscowość															
I.B.11 Ulica		I.B.12 Numer domu	I.B.13 Numer lokalu	I.B.14 Państwo														
<b>I.BA. UPRAWNIENIA</b>																		
<b>I.BA.1 UPRAWNIENIE DODATKOWE, Z KTÓREGO BĘDZIE KORZYSTAŁ ŚWIADCZENIOBIORCA</b>																		
	I.BA.2 Rodzaj dokumentu potwierdzającego uprawnienie dodatkowe	I.BA.3 Numer dokumentu potwierdzającego uprawnienie dodatkowe <sup>4)</sup>	I.BA.4 Data ważności dokumentu potwierdzającego uprawnienie dodatkowe <sup>4)</sup>	I.BA.5 Data wystawienia dokumentu potwierdzającego uprawnienie dodatkowe <sup>4)</sup>	I.BA.6 Numer prawa wykonywania zawodu osoby uprawnionej, która wystawiła dokument potwierdzający uprawnienie dodatkowe <sup>4)</sup>													
I.BA.7 Kod tytułu uprawnienia dodatkowego <sup>4)</sup> .....																		
<b>I.BB. INNE UPRAWNIENIA</b>																		
I.BB.1 <input type="checkbox"/> kobieta w ciąży			I.BB.2 Tydzień ciąży w dniu wystawienia zlecenia <sup>5)</sup>															

**IDENTYFIKACJA ZLECENIA**

Unikalny numer identyfikacyjny (nadany przez Narodowy Fundusz Zdrowia)

Unikalny numer identyfikacyjny w postaci kodu kreskowego (nadany przez Narodowy Fundusz Zdrowia)

**I.C. OKREŚLENIE WYROBU MEDYCZNEGO**

**I.C.1 Wyrób medyczny inny niż soczewki okularowe**

<b>I.C.1.1 Grupa i liczba porządkowa wyrobu medycznego</b> <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><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.C.1.2 Umieszczenie wyrobu medycznego</b> (nie dotyczy stomii) <input type="checkbox"/> lewostronne <input type="checkbox"/> prawostronne <input type="checkbox"/> nie dotyczy	<b>I.C.1.3 Liczba przetok</b> (dotyczy stomii)
		<b>I.C.1.4 Rodzaj przetok</b> (dotyczy stomii) <input type="checkbox"/> urostomia <input type="checkbox"/> kolostomia <input type="checkbox"/> ileostomia <input type="checkbox"/> przetoka ślinowa <input type="checkbox"/> nefrostomia																	
<b>I.C.1.5 Kod ICD10</b> (Uzasadnienie obejmujące jednostkowe dane medyczne świadczeniobiorcy)	<b>I.C.1.6 Liczba sztuk wyrobu medycznego</b> (dotyczy zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne innych niż comiesięczne)	<b>I.C.1.7 Liczba sztuk wyrobu medycznego na miesiąc</b> (dotyczy comiesięcznych zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne)	<b>I.C.1.8 Pierwszy miesiąc zaopatrzenia comiesięcznego</b> (rok – miesiąc słownie)																
<b>I.C.1.9 Liczba miesięcy zaopatrzenia comiesięcznego</b> (1– 6)																			
<b>I.C.1.10 Nazwa wyrobu medycznego wraz z kryteriami jego przyznania</b> <sup>6)</sup>																			

**I.C.2 Soczewki okularowe**

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

**I.D. DODATKOWE WSKAZANIA OSOBY UPRAWNIONEJ DO WYSTAWIENIA ZLECENIA NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE**

I.D.1  Skrócenie okresu użytkowania wyrobu medycznego, jeżeli dotyczy

I.D.2 Uzasadnienie skrócenia okresu użytkowania wyrobu medycznego

**I.E. DANE OSOBY UPRAWNIONEJ DO WYSTAWIENIA ZLECENIA NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE**

<b>I.E.1 Numer prawa wykonywania zawodu osoby uprawnionej do wystawienia zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne</b>	<b>I.E.2 Zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne wystawione przez</b> <input type="checkbox"/> lekarza <input type="checkbox"/> pielęgniarkę <input type="checkbox"/> położną <input type="checkbox"/> fizjoterapeutę <input type="checkbox"/> felczera
<b>I.E.3 Data wystawienia zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne</b>	<b>I.E.4 Podpis i pieczętka osoby uprawnionej do wystawienia zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne</b>

## ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE

3/7

### IDENTYFIKACJA ZLECENIA

Unikalny numer identyfikacyjny (nadany przez Narodowy Fundusz Zdrowia)

Unikalny numer identyfikacyjny w postaci kodu kreskowego (nadany przez Narodowy Fundusz Zdrowia)

### CZĘŚĆ II. WERYFIKACJA ZLECENIA NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE (DOKONYWANA PRZEZ NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA ZA POŚREDNICTWEM SERWISÓW INTERNETOWYCH LUB USŁUG INFORMATYCZNYCH NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA ALBO BEZPOŚREDNIO W ODDZIALE WOJEWÓDZKIM NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA)

#### II.A. WYNIK WERYFIKACJI

II.A.1 Wynik weryfikacji <input type="checkbox"/> weryfikacja pozytywna <input type="checkbox"/> weryfikacja negatywna	II.A.2 Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia
---	---

#### II.AA. POTWIERDZENIE LIMITU FINANSOWANIA

II.AA.1 Realizacja zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne od dnia	II.AA.2 Końcowa data realizacji zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne
---	--

Lp.	II.AA.3 Grupa i liczba porządkowa wyrobu medycznego	II.AA.4 Kod wyrobu medycznego	II.AA.5 Umiejscowienie wyrobu medycznego (L- lewostronne, P- prawostronne), jeżeli dotyczy	II.AA.6 Potwierdzona liczba sztuk wyrobu medycznego	II.AA.7 Limit finansowania ze środków publicznych wyrobu medycznego	II.AA.8 Wysokość procentowego udziału Narodowego Funduszu Zdrowia w limicie finansowania ze środków publicznych wyrobu medycznego <sup>7)</sup>	II.AA.9 Data ważności potwierdzenia limitu finansowania ze środków publicznych wyrobu medycznego <sup>8)</sup>
1.							
2.							
3.							
4.							

#### II.AB. NEGATYWNY WYNIK WERYFIKACJI

II.AB.1 Przyczyna negatywnej weryfikacji zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne
---

#### II.AC. INFORMACJE DLA ŚWIADCZENIOBIORCY

II.AC.1 Informacje
--------------------

#### II.B. POTWIERDZENIE WERYFIKACJI ZLECENIA NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE

II.B.1 Data weryfikacji	II.B.2 Weryfikacja za pośrednictwem serwisów internetowych lub usług informatycznych Narodowego Funduszu Zdrowia/ Podpis i pieczęć pracownika oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia <sup>9)</sup>
-------------------------	--

# ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE

4/7

## IDENTYFIKACJA ZLECENIA

Unikalny numer identyfikacyjny (nadany przez Narodowy Fundusz Zdrowia)

Unikalny numer identyfikacyjny w postaci kodu kreskowego (nadany przez Narodowy Fundusz Zdrowia)

## CZĘŚĆ III. REALIZACJA ZLECENIA NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE U ŚWIADCZENIODAWCY (WYPEŁNIA ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE)

### III.A. PRZYJĘCIE DO REALIZACJI ZLECENIA NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE

III.A.1 Data przyjęcia zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne do realizacji	III.A.2 <input type="checkbox"/> częściowa realizacja zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne	III.A.3 Miesiąc albo miesiące, których dotyczy realizacja zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne (słownie)
---	---	--

### III.B DANE ŚWIADCZENIODAWCY REALIZUJĄCEGO ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE

III.B.1 Nazwa świadczeniodawcy	III.B.2 Nazwa miejsca udzielania świadczeń																			
III.B.3 Adres świadczeniodawcy: wskazanie państwa, kodu pocztowego, miejscowości, ulicy, numeru domu lub lokalu	III.B.4 Adres miejsca udzielania świadczeń: wskazanie państwa, kodu pocztowego, miejscowości, ulicy, numeru domu lub lokalu																			
III.B.5 Numer umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia świadczeniodawcy realizującego zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne	III.B.6 Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia <sup>10)</sup>																			
	III.B.7 REGON <sup>2)</sup> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <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><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>																			

### III.C. DANE ŚWIADCZENIOBIORCY

III.C.1 Imię (imiona)	III.C.2 Nazwisko																				
III.C.3 Numer PESEL <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <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><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>																III.C.4 Data urodzenia (należy wypełnić w przypadku, gdy świadczeniobiorca nie ma numeru PESEL)	III.C.5 Płeć (należy wypełnić w przypadku, gdy świadczeniobiorca nie ma numeru PESEL)				
III.C.6 Identyfikator / Rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość (należy wypełnić w przypadku, gdy świadczeniobiorca nie ma numeru PESEL) <input type="checkbox"/> dowód osobisty <input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> inny <sup>3)</sup> .....		III.C.7 Identyfikator / Seria i numer (należy wypełnić w przypadku, gdy świadczeniobiorca nie ma numeru PESEL) <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <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><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>																			
Adres miejsca zamieszkania																					
III.C.8 <input type="checkbox"/> brak adresu miejsca zamieszkania	III.C.9 Kod pocztowy	III.C.10 Miejscowość																			
III.C.11 Ulica	III.C.12 Numer domu	III.C.13 Numer lokalu	III.C.14 Państwo																		

### III.D. POTWIERDZENIE POSIADANIA PRAWA DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ, UPRAWNIEŃ DODATKOWYCH I INNYCH UPRAWNIEŃ (POTWIERDZENIE NA DZIEŃ REALIZACJI)

#### III.DA. POTWIERDZENIE POSIADANIA PRAWA DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ (DOKONYWANE PRZEZ NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA ZA POŚREDNICTWEM SERWISÓW INTERNETOWYCH LUB USŁUG INFORMATYCZNYCH NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA)

III.DA.1 <input type="checkbox"/> potwierdzenie posiadania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej	III.DA.2 <input type="checkbox"/> odmowa potwierdzenia posiadania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej	III.DA.3 Data potwierdzenia/odmowy
--	---	------------------------------------

#### III.DB. POTWIERDZENIE POSIADANIA PRAWA DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ NA PODSTAWIE DOKUMENTU (WYPEŁNIA ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE)

III.DB.1 Rodzaj dokumentu potwierdzającego posiadanie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej	III.DB.2 Numer dokumentu potwierdzającego posiadanie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej (jeżeli dotyczy)	III.DB.3 Data ważności dokumentu potwierdzającego posiadanie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej (jeżeli dotyczy)
--	--	--

#### III.DC. POTWIERDZENIE POSIADANIA PRAWA DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ NA PODSTAWIE OŚWIADCZENIA (WYPEŁNIA ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE)

III.DC.1 Data złożenia oświadczenia	III.DC.2 Podstawa ustalenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej
III.DC.3 Osoba składająca oświadczenie <input type="checkbox"/> świadczeniobiorca <input type="checkbox"/> przedstawiciel ustawowy <input type="checkbox"/> opiekun prawny <input type="checkbox"/> opiekun faktyczny <input type="checkbox"/> pełnomocnik	

## IDENTYFIKACJA ZLECENIA

Unikalny numer identyfikacyjny (nadany przez Narodowy Fundusz Zdrowia)

Unikalny numer identyfikacyjny w postaci kodu kreskowego (nadany przez Narodowy Fundusz Zdrowia)

## III.DD. SPRAWDZENIE UPRAWNIENÍ DODATKOWYCH ORAZ INNYCH UPRAWNIENÍ NA DZIEŃ WYDANIA WYROBU MEDYCZNEGO

III.DD.1 Aktualność dotychczasowego uprawnienia dodatkowego na dzień wydania wyrobu medycznego

 aktualny  nieaktualny

	III.DD.2 Rodzaj dokumentu potwierdzającego uprawnienie dodatkowe	III.DD.3 Numer dokumentu potwierdzającego uprawnienie dodatkowe <sup>4)</sup>	III.DD.4 Data ważności dokumentu potwierdzającego uprawnienie dodatkowe <sup>4)</sup>	III.DD.5 Data wystawienia dokumentu potwierdzającego uprawnienie dodatkowe <sup>4)</sup>	III.DD.6 Numer prawa wykonywania zawodu osoby uprawnionej, która wystawiła dokument potwierdzający uprawnienie dodatkowe <sup>4)</sup>
III.DD.7 Kod tytułu uprawnienia dodatkowego <sup>4)</sup> .....					

## III.DE. INNE UPRAWNIENIA

III. DE.1 Kobieta w ciąży

 tak  nie

## III.E. SPRAWDZENIE AKTUALNOŚCI DOTYCHCZASOWEGO LIMITU FINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH WYROBU MEDYCZNEGO NA DZIEŃ ODBIORU WYROBU MEDYCZNEGO

III.E.1 Aktualność dotychczasowego limitu finansowania

 aktualny  nieaktualny

## III.EA. ZMIANA USTALONEGO LIMITU FINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH WYROBU MEDYCZNEGO

Lp.	III.EA.1 Grupa i liczba porządkowa wyrobu medycznego	III.EA.2 Kod wyrobu medycznego	III.EA.3 Umiejscowienie wyrobu medycznego (L- lewostronne, P- prawostronne), jeżeli dotyczy	III.EA.4 Potwierdzona liczba sztuk wyrobu medycznego	III.EA.4 Limit finansowania ze środków publicznych wyrobu medycznego	III.EA.5 Wysokość procentowego udziału Narodowego Funduszu Zdrowia w w limicie finansowania ze środków publicznych wyrobu medycznego <sup>7)</sup>	III.EA.6 Data ważności potwierdzenia limitu finansowania ze środków publicznych wyrobu medycznego <sup>8)</sup>
1.							
2.							
3.							
4.							

## III.F. INNE DANE DOTYCZĄCE POTWIERDZENIA ZLECENIA NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE NA DZIEŃ WYDANIA WYROBU MEDYCZNEGO

III.F.1 Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia<sup>11)</sup> (finansującego zaopatrzenie w wyroby medyczne)

III.F.2 Realizacja zlecenia możliwa od dnia

III.F.3 Ważność zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne

 ważne  nieważne

III.F.4 Powód negatywnej weryfikacji (należy wypełnić, jeżeli pole III.F.3 oznaczono jako nieważne)

## IDENTYFIKACJA ZLECENIA

Unikalny numer identyfikacyjny (nadany przez Narodowy Fundusz Zdrowia)

Unikalny numer identyfikacyjny w postaci kodu kreskowego (nadany przez Narodowy Fundusz Zdrowia)

## III.G. DANE DOTYCZĄCE WYDANEGO WYROBU MEDYCZNEGO (WYPEŁNIA ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE)

Lp.	III.G.1 Kod wyrobu medycznego	III.G.2 Umieszczenie wyrobu medycznego (L- lewostronne, P- prawostronne), jeżeli dotyczy	III.G.3 Wytwórca, model i nazwa handlowa wyrobu medycznego	III.G.4 Liczba wydanych sztuk wyrobu medycznego	III.G.5 Cena detaliczna sztuki wyrobu medycznego

III.G.6 łączna kwota za wyrób medyczny

III.G.7 Kwota refundacji wyrobu medycznego

III.G.8 Kwota dopłaty świadczeniobiorcy do wyrobu medycznego

## III.H. POTWIERDZENIE WYDANIA WYROBU MEDYCZNEGO (WYPEŁNIA ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE)

III.H.1 Data wydania wyrobu medycznego

III.H.2 Podpis i pieczęć osoby wydającej wyrób medyczny

## III.I. POTWIERDZENIE ODBIORU WYROBU MEDYCZNEGO (WYPEŁNIA ŚWIADCZENIOBIORCA ALBO OSOBA UPOWAŻNIONA DO ODBIORU WYROBU MEDYCZNEGO)

III.I.1 Świadczeniobiorca albo osoba upoważniona do odbioru wyrobu medycznego

 świadczeniobiorca  przedstawiciel ustawowy  opiekun prawny  opiekun faktyczny  pełnomocnik

III.I.2 Imię/imiona

III.I.3 Nazwisko

III.I.4 Numer PESEL

III.I.5 Identyfikator / Rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość (należy wypełnić w przypadku, gdy świadczeniobiorca lub osoba upoważniona do odbioru nie ma numeru PESEL)

III.I.6 Identyfikator / Seria i numer (należy wypełnić w przypadku, gdy świadczeniobiorca lub osoba upoważniona do odbioru wyrobu medycznego nie ma numeru PESEL)

 dowód osobisty  paszport  inny<sup>3)</sup> .....

Adres miejsca zamieszkania

III.I.7

III.I.8 Kod pocztowy

III.I.9 Miejscowość

 brak adresu miejsca zamieszkania

III.I.10 Ulica

III.I.11 Numer domu

III.I.12 Numer lokalu

III.I.13 Państwo

III.I.14

 odbiór wyrobu medycznego realizowanego częściowo

III.I.15 Miesiąc albo miesiące, których dotyczy odbiór wyrobu medycznego (należy wypełnić, jeżeli wypełniono III.I.14)

III.I.16 Data odbioru wyrobu medycznego

III.I.17 Czytelny podpis świadczeniobiorcy albo osoby upoważnionej do odbioru wyrobu medycznego (imię i nazwisko)



**Objaśnienia:**

- <sup>1)</sup> Dotyczy wyrobów medycznych przysługujących comiesięcznie (wypełnia osoba uprawniona do wystawienia zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne).
- <sup>2)</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>3)</sup> W przypadku zaznaczenia pola „inny” należy wpisać rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość oraz państwo wydania dokumentu.
- <sup>4)</sup> Należy wypełnić, jeżeli dokument potwierdzający uprawnienie dodatkowe zawiera daną informację.
- <sup>5)</sup> Należy wypełnić zgodnie z kartą ciąży lub innym dokumentem.
- <sup>6)</sup> 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 2017 r. poz. 1844, z późn. zm.). W przypadku zaopatrzenia obustronnego należy określić kryterium dla każdej strony osobno.
- <sup>7)</sup> Wysokość udziału własnego świadczeniobiorcy 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>8)</sup> Ważność potwierdzonego limitu finansowania ze środków publicznych wyrobu medycznego uzależniona jest od wielu danych, np. wieku, informacji, czy kobieta jest w ciąży.
- <sup>9)</sup> Pieczęć jest wymagana wyłącznie w przypadku dokumentu weryfikowanego przez pracownika oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.
- <sup>10)</sup> Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, z którym świadczeniodawca zawarł umowę.
- <sup>11)</sup> Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia właściwy dla świadczeniobiorcy.