

ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE*

Numer ewidencyjny zlecenia:

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:

Adres zamieszkania

Kod pocztowy: Miejscowość:

Ulica nr domu m.

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

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

II. OKREŚLENIE WYROBU MEDYCZNEGO**

Liczba porządkowa wyrobu medycznego

	/			
--	---	--	--	--

liczba sztuk

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

Zaopatrzenie:

prawostronne

lewostronne

nie dotyczy

Soczewki okularowe korekcyjne

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

III. DODATKOWE WSKAZANIA ZLECAJĄCEGO ZAOPATRZENIE:

Miesiąc, którego dotyczy zaopatrzenie comiesięczne:

Data wystawienia zlecenia

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.).

WYPEŁNIA OSOBA
UPRAWNIONA DO WYSTAWIENIA ZLECENIA LUB KONTYNUACJI ZAOPATRZENIA

WYPEŁNIA PRACOWNIK ODDZIAŁU WOJEWÓDZKIEGO NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA	<p>IV. POTWIERDZENIE UPRAWNIENIA DO ZAOPATRZENIA WNIOSKOWANYM WYROBEM MEDYCZNYM</p> <p>Kod tytułu uprawnienia</p> <p>Kod tytułu uprawnienia dodatkowego nr dokumentu</p> <p>Nazwa i numer oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia:</p> <p>Limit finansowania ze środków publicznych Refundacja Narodowego Funduszu Zdrowia%</p> <p>Przyczyna odmowy potwierdzenia prawa do refundacji</p> <p>.....</p> <p>Data potwierdzenia zlecenia</p> <p style="text-align: right;">_____ Pieczętka i podpis pracownika oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia</p>
	<p>V. POTWIERDZENIE ODBIORU WYROBU MEDYCZNEGO U ŚWIADCZENIODAWCY</p> <p>_____ Data przyjęcia do realizacji</p> <p style="text-align: right;">_____ Pieczętka podmiotu realizującego czynności z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne, w tym adres miejsca udzielania świadczeń wraz z numerem umowy z NFZ</p> <p>Liczba sztuk Dane dotyczące wyrobu medycznego (wytwórca, model, nazwa handlowa)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Cena detaliczna wyrobu medycznego Kwota refundacji Dopłata świadczeniobiorcy</p> <p>Potwierdzam wydanie wyrobu medycznego zgodnie ze zleceniem</p> <p style="text-align: right;">_____ Data, pieczętka i podpis osoby realizującej zlecenie</p> <p>Potwierdzam odbiór wyrobu medycznego zgodnie ze zleceniem</p> <p>_____ Data odbioru, imię i nazwisko, numer PESEL, a w przypadku jego braku nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby odbierającej (wypełnić drukowanymi literami)</p> <p style="text-align: right;">_____ podpis osoby odbierającej***</p> <p>*** W przypadku osoby niewidomej formą potwierdzenia odbioru może być również faksymile podpisu złożona w obecności osoby wydającej wyrób medyczny.</p>

**ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE
KARTA POTWIERDZENIA UPRAWNIENIA NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE PRZYSŁUGUJĄCE
COMIESIĘCZNIE***

Numer ewidencyjny zlecenia

Pieczętka oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

WYPEŁNIA PRACOWNIK ODDZIAŁU WOJEWÓDZKIEGO NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

I. DANE ŚWIADCZENIOBIORCY

Nazwisko i imię:

Adres zamieszkania

Kod pocztowy: Miejscowość:

Ulica nr domu m.

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

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

Kod tytułu uprawnienia:

Kod tytułu uprawnienia dodatkowego: Numer dokumentu:

Data ważności karty od do
(miesiąc, rok) (miesiąc, rok)

II. OKREŚLENIE WYROBU MEDYCZNEGO**

Liczba porządkowa wyrobu medycznego

	/			
--	---	--	--	--

Liczba sztuk:

Określenie wyrobu medycznego:

.....

.....

.....

Pieczętka i podpis pracownika oddziału wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia

*Potwierdzenie uprawnienia do zaopatrzenia comiesięcznego wystawia oddział wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia na okres nie dłuższy niż 12 miesięcy.

** 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.).

POTWIERDZENIE WYSTAWIONYCH ZLECEŃ ORAZ ICH REALIZACJI***

	Lp.	Data wystawienia zlecenia	Nazwa wyrobu medycznego	Liczba sztuk	Zaopatrzenie dotyczy miesiąca (nazwę miesiąca wpisać słownie)	Pieczętka i podpis osoby uprawnionej do wystawienia lub kontynuacji zlecenia****	Data realizacji Pieczętka i podpis osoby realizującej świadczenie
WYPEŁNIA ZLECAJĄCY ORAZ PODMIOT REALIZUJĄCY CZYNNOŚCI Z ZAKRESU ZAOPATRZENIA W WYROBY MEDYCZNE							

*** Potwierdzenie wystawionych zleceń oraz ich realizacji staje się własnością świadczeniobiorcy.

**** Przy pierwszym zleceniu, pierwszy wiersz wypełnia pracownik oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.