

Numer zlecenia konieczny podczas realizacji zlecenia w sklepie

WZÓR\*

Załącznik nr 1

## ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE

### IDENTYFIKACJA ZLECENIA

ZLECENIE

KONTYNUACJA ZLECENIA <sup>1)</sup>

Identyfikator zlecenia **1-23-000058811-2**  
Lub nr e-zlecenia **5-AJ000003-00000057**

Kod kreskowy

Wpisać dane placówki wystawiającej zlecenie

### 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<sup>2)</sup>

I.A.3 REGON<sup>3)</sup>

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

#### I.B. DANE PACJENTA

I.B.1 Imię (imiona)

Jan

I.B.2 Nazwisko

Kowalski

I.B.3 Numer PESEL

7 5 1 0 1 2 3 4 5 6 7

I.B.4 Data urodzenia<sup>4)</sup>

I.B.5 Płeć<sup>4)</sup>

I.B.6 Symbol państwa, jeżeli dotyczy<sup>5)</sup>

I.B.7 Rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, jeżeli dotyczy<sup>6)</sup>

Wpisać PESEL pacjenta lub datę urodzenia w przypadku jego braku

I.B.8 Dokument stwierdzający tożsamość<sup>4)</sup>

paszport  inny<sup>7)</sup>.....

I.B.9 Seria i numer<sup>4)</sup>

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

I.B.10 Kraj wydania dokumentu stwierdzającego tożsamość, o którym mowa w pkt I.B.8

#### I.BA. UPRAWNIENIE DODATKOWE LUB INNE UPRAWNIENIE, Z KTÓREGO BĘDZIE KORZYSTAŁ PACJENT

I.BA.1 Kod tytułu uprawnienia dodatkowego<sup>8)</sup>

Np. 47ZN lub 47ZND

I.BA.2 Dane identyfikujące dokument potwierdzający uprawnienie dodatkowe<sup>9)</sup>

np. orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności  
numer dokumentu np. PZON.8822-236/23  
data wystawienia np. 2.10.2023  
data ważności np. 31.10.2026 lub bezterminowo

I.BA.3 Cięża<sup>10)</sup>

Identyfikator zlecenia	Kod kreskowy
------------------------	--------------

**I.C. OKREŚLENIE WYROBU MEDYCZNEGO<sup>11)</sup>**

**Zaznaczyć rodzaj przetoki (bez nefrostomii)**

I.C.1 Grupa i liczba porządkowa <b>W.02.01</b>		I.C.2 Umiejscowienie (nie dotyczy stomii) <input type="checkbox"/> lewostronne <input type="checkbox"/> prawostronne <input type="checkbox"/> nie dotyczy		
I.C.3 Liczba przetok (dotyczy stomii) <b>np. 1</b>		I.C.4 Rodzaj przetok (dotyczy stomii) <input type="checkbox"/> urostomia <input type="checkbox"/> kolostomia <input type="checkbox"/> ileostomia <input type="checkbox"/> nefrostomia <input type="checkbox"/> inna		
I.C.5 Kod ICD-10 <b>Wpisać liczbę przetok, chodzi o liczbę tych samych przetok, np. 2 urostomie, wtedy limit jest mnożony przez liczbę przetok</b>	I.C.6 Liczba sztuk (dotyczy zleceń innych niż comiesięczne) <b>Liczba sztuk 1 lub jej wielokrotność w przypadku osób z uprawnieniem dodatkowym 47ZN/47ZND/47DN</b>	I.C.7 Liczba sztuk na miesiąc (dotyczy comiesięcznych zleceń) <sup>12)</sup> <b>1 lub max 5</b>	I.C.8 Pierwszy miesiąc zaopatrzenia comiesięcznego (format: MM-RRRR) <b>np. 01-2024</b>	I.C.9 Liczba miesięcy zaopatrzenia comiesięcznego (1-12) <b>1 - 12</b>
I.C.10 Nazwa wyrobu medycznego	I.C.11 Kryteria przyznania wyrobu medycznego <sup>13)</sup>	I.C.12 Dodatkowe informacje dotyczące wyrobu <sup>14)</sup>		

**I.C.13 Uzasadnienie medyczne przyznania większej liczby sztuk wyrobu medycznego - w przypadku uprawnienia dodatkowego 47ZN, 47DN, 47ZND**

**I.CA Soczewki okularowe**

		Sfera	Cylinder	Oś	Pryzma
Do dali	OP				
	OL				
Do bliży	OP				
	OL				

**Wpisać uzasadnienie medyczne przyznania większej liczby sztuk w przypadku uprawnienia 47ZN, 47ZND, 47DN**

**I.D. DODATKOWE WSKAZANIA DO WYSTAWIENIA ZLECENIA (WYPEŁNIA OSOBA UPRAWNIIONA DO WYSTAWIENIA ZLECENIA)**

I.D.1 Skrócenie okresu użytkowania wyrobu medycznego <input type="checkbox"/>	I.D.2 Wskazanie kryterium skrócenia okresu użytkowania wyrobu medycznego, jeżeli dotyczy <sup>15)</sup>
	I.D.3 Uzasadnienie skrócenia okresu użytkowania wyrobu medycznego, jeżeli dotyczy

**I.E. DANE OSOBY UPRAWNIONEJ DO WYSTAWIENIA ZLECENIA**

I.E.1 Numer prawa wykonywania zawodu <sup>16)</sup>	I.E.2 Imię (imiona) i nazwisko
I.E.3 Data wystawienia	I.E.4 Podpis osoby uprawnionej do wystawienia zlecenia, jeżeli dotyczy

Identyfikator zlecenia	Kod kreskowy
------------------------	--------------

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

**II.A. WYNIK WERYFIKACJI**

<b>II.A.1 Wynik weryfikacji<sup>17)</sup></b> <input type="checkbox"/> pozytywna <input type="checkbox"/> negatywna	<b>II.A.2 Kod oddziału wojewódzkiego NFZ<sup>18)</sup></b>
<b>II.AA.1. Realizacja zlecenia od dnia</b>	<b>II.AA.2 Końcowa data realizacji zlecenia</b>

**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 <sup>19)</sup>	II.B.6 Wysokość procentowego udziału NFZ w limicie finansowania <sup>20)</sup>	II.B.7 Data ważności potwierdzenia limitu finansowania <sup>21)</sup>

**II.BA. POTWIERDZONE PRAWO DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

<b>II.BA.1 Sposób potwierdzenia prawa do świadczeń<sup>22)</sup></b> <input type="checkbox"/> eWUŚ <input type="checkbox"/> oświadczenie <input type="checkbox"/> dokument	<b>II.BA.2 Dane identyfikujące dokument potwierdzający prawo do świadczeń, jeżeli w pkt II.BA.1 zaznaczono „dokument”<sup>23)</sup></b>
---	---

**II.C. PRZYCZYNA NEGATYWNEJ WERYFIKACJI (JEŻELI DOTYCZY)**

**II.D. DODATKOWE INFORMACJE DLA PACJENTA**

**II.E. POTWIERDZENIE WERYFIKACJI ZLECENIA**

<b>II.E.1 Data weryfikacji</b>
--------------------------------

Identyfikator zlecenia	Kod kreskowy
------------------------	--------------

**CZĘŚĆ III. REALIZACJA ZLECENIA U ŚWIADCZENIODAWCY** (WYPEŁNIA I DRUKUJE ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE WEDŁUG STANU NA DZIEŃ PRZYJĘCIA DO REALIZACJI <sup>24)</sup>)

**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 i rok, których dotyczy realizacja zlecenia
--------------------------------------	---	--

**III.B DANE ŚWIADCZENIODAWCY REALIZUJĄCEGO ZLECENIE**

III.B.1 Nazwa świadczeniodawcy	III.B.2 REGON <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><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>															
III.B.3 Adres miejsca udzielania świadczeń: kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer domu lub lokalu <sup>2)</sup>	III.B.4 Numer umowy z NFZ															

**III.C. POTWIERDZENIE POSIADANIA PRAWA DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ, UPRAWNIENIA DODATKOWEGO I LIMITU FINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH**

III.C.1 Sposób potwierdzenia prawa do świadczeń <sup>25)</sup> <input type="checkbox"/> eWUŚ <input type="checkbox"/> oświadczenie <input type="checkbox"/> dokument	III.C.2 Dane identyfikujące dokument potwierdzający prawo do świadczeń, jeżeli w pkt III.C.1 zaznaczono „dokument” <sup>23)</sup>		
III.C.3 Czy pacjent dysponuje nowymi uprawnieniami dodatkowymi lub innymi uprawnieniami? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	III.C.4 Kod tytułu uprawnienia dodatkowego, jeżeli w pkt III.C.3 zaznaczono „TAK” <sup>8)</sup>		
III.C.5 Dane identyfikujące dokument potwierdzający uprawnienie dodatkowe, jeżeli w pkt III.C.3 zaznaczono „TAK” <sup>9)</sup>			
III.C.6 Zmiana wieku pacjenta <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy	III.C.7 Zmiana limitu finansowania <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	III.C.8 Limit finansowania <sup>19)</sup>	III.C.9 Wysokość procentowego udziału NFZ w limicie finansowania

**CZĘŚĆ IV. POTWIERDZENIE WYDANIA WYROBU MEDYCZNEGO** (WYPEŁNIA I 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 Producent, model, nazwa handlowa i kod UDI <sup>26)</sup>	IV.A.4 Liczba wydanych sztuk	IV.A.5 Cena detaliczna sztuki
IV.A.6 Łączna kwota		IV.A.7 Kwota refundacji	IV.A.8 Kwota dopłaty pacjenta	

**IV.B. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYDANIA WYROBU MEDYCZNEGO** (WYPEŁNIA ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE)

IV.B.1 Data wydania	IV.B.2 Imię (imiona) i nazwisko osoby wydającej wyrób medyczny
---------------------	--

**IV.C. DANE DOTYCZĄCE ODBIORU WYROBU MEDYCZNEGO** (WYPEŁNIA OSOBA ODBIERAJĄCA LUB ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE)

<b>IV.C.1 Osoba odbierająca</b>																						
<input type="checkbox"/> pacjent <input type="checkbox"/> inna osoba odbierająca																						
<b>IV.C.2 Imię (imiona)<sup>27)</sup></b>	<b>IV.C.3 Nazwisko<sup>27)</sup></b>	<b>IV.C.4 Numer PESEL<sup>27)</sup></b>																				
		<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>																				
<b>IV.C.5 Rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość<sup>27)</sup></b> (należy wypełnić w przypadku, gdy osoba odbierająca nie ma numeru PESEL)		<b>IV.C.6 Seria i numer<sup>27)</sup></b> (należy wypełnić w przypadku, gdy osoba odbierająca nie ma numeru PESEL)																				
<input type="checkbox"/> paszport <sup>28)</sup> <input type="checkbox"/> inny <sup>28)</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>																				
<b>IV.C.7 Data odbioru</b>																						

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).
- 2) W przypadku zleceń papierowych dopuszczalne jest wykorzystanie pieczętki albo naklejki zawierające dane z pól I.A.1–3 lub III.B.1–3.
- 3) Numer identyfikacyjny REGON. Należy wskazać REGON – 9 cyfr dla praktyk zawodowych albo 14 cyfr dla jednostek organizacyjnych.
- 4) Należy wypełnić w przypadku, gdy pacjent nie ma numeru PESEL.
- 5) Symbol państwa odpowiedniego dla instytucji właściwej dla osoby uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji.
- 6) W przypadku potwierdzenia prawa do świadczeń w sposób inny niż dokumentem elektronicznym, o którym mowa w art. 50 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”, tj. z użyciem systemu eWUŚ – należy wskazać rodzaj i numer (o ile dotyczy) dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń, np. oświadczenie pacjenta, decyzja wójta, burmistrza, prezydenta, a w przypadku osób uprawnionych do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji – rodzaj i numer dokumentu uprawniającego i oznaczenie instytucji właściwej, która wydała ten dokument.
- 7) W przypadku zaznaczenia pola „inny” należy wpisać rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość.
- 8) Kod tytułu uprawnienia dodatkowego, określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy o świadczeniach.
- 9) Należy wpisać rodzaj dokumentu oraz – jeżeli takie dane występują na dokumencie – jego numer, datę wystawienia, datę ważności oraz numer prawa wykonywania zawodu osoby uprawnionej, która wystawiła dokument.
- 10) Należy zaznaczyć, jeżeli kobieta jest w ciąży, a ciąża stanowi kryterium przyznania wyrobu medycznego.
- 11) W przypadku soczewek okularowych należy uzupełnić tylko te pola, które dotyczą tej kategorii wyrobów medycznych.
- 12) W przypadku wyrobów medycznych przysługujących comiesięcznie, dla których nie została określona liczba sztuk 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 2023 r. poz. 826), zwanej dalej „ustawą o refundacji”, należy wpisać liczbę 1 albo jej wielokrotność (w przypadku uprawnień dodatkowych), z dokładnością do 1 miejsca po przecinku.
- 13) Kryteria przyznawania wyrobu medycznego wydawanego na zlecenie zostały określone w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy o refundacji. W przypadku zaopatrzenia obustronnego należy określić kryterium dla każdej strony osobno.
- 14) Należy wpisać dodatkowe informacje dotyczące wyrobu np. stopień ucisku, preferowane wyposażenie dodatkowe.
- 15) Zgodnie z kryteriami przyznawania wyrobów medycznych, których okres użytkowania może ulec skróceniu, określonymi w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy o refundacji.
- 16) W przypadku zleceń papierowych dopuszczalne jest wykorzystanie pieczętki albo naklejki zawierające dane z pól I.E.1 i I.E.2.
- 17) Wynik weryfikacji obejmuje potwierdzenie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej oraz prawa do wyrobu medycznego.
- 18) Kod właściwego dla pacjenta oddziału wojewódzkiego NFZ, który finansuje zaopatrzenie w wyroby medyczne.
- 19) W przypadku zleceń comiesięcznych – dotyczy limitu na jeden miesiąc.
- 20) Wysokość udziału własnego pacjenta w limicie finansowania ze środków publicznych została określona w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy o refundacji.
- 21) Ważność potwierdzonego limitu finansowania ze środków publicznych wyrobu medycznego nie dotyczy kobiet w ciąży.
- 22) Wynik weryfikacji prawa do świadczeń opieki zdrowotnej: eWUŚ – w przypadku potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej dokumentem elektronicznym, o którym mowa w art. 50 ust. 3 ustawy o świadczeniach; oświadczenie – w przypadku złożenia przez pacjenta oświadczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 2a, 6 albo ust. 9 ustawy o świadczeniach, albo dokument – w przypadku przedstawienia dokumentu papierowego potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej.
- 23) Należy wskazać rodzaj i numer (o ile dotyczy) dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, np. oświadczenie pacjenta, decyzja wójta, burmistrza, prezydenta, a w przypadku osób uprawnionych do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji – rodzaj i numer dokumentu uprawniającego i oznaczenie instytucji właściwej, która wydała ten dokument.
- 24) W przypadku realizowania zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne w częściach świadczeniodawca realizujący zlecenie każdorazowo przy wydaniu wyrobu medycznego drukuje części III i IV wzoru.
- 25) Należy zaznaczyć odpowiednio: eWUŚ – w przypadku potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej dokumentem elektronicznym, o którym mowa w art. 50 ust. 3 ustawy o świadczeniach; oświadczenie – w przypadku złożenia przez pacjenta oświadczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 2a, 6 albo ust. 9 ustawy o świadczeniach, albo dokument – w przypadku przedstawienia dokumentu papierowego potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej
- 26) W przypadku braku kodu UDI należy wskazać numer seryjny albo inny numer lub równoważny symbol jednoznacznie identyfikujący wyrób medyczny.
- 27) Wypełnia się w przypadku, gdy osobą odbierającą jest inna osoba niż pacjent. W przypadku pacjenta wypełnia się, jeżeli dane pacjenta zamieszczone w cz. I.B uległy zmianie.

28) W przypadku zaznaczenia pola „paszport” należy wpisać państwo wydania, a w przypadku zaznaczenia pola „inny” należy wpisać rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość oraz państwo jego wydania.