

Numer zlecenia konieczny podczas realizacji
zlecenia w sklepie

WZÓR*

Załącznik nr 1

ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE

IDENTYFIKACJA ZLECENIA

☐ ZLECENIE

☐ KONTYNUACJA ZLECENIA ¹⁾

Identyfikator zlecenia **1-23-00005811-2**
Lub nr e-zlecenia **5-AJ000003-00000057**

Kod kreskowy

Wpisać dane placówki wystawiającej zlecenie

CZĘŚĆ I. WYSTAWIENIE ZLECENIA (WYPEŁNIA I DRUKUJE OSOBA UPRAWNIONA 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 lokalu²⁾

I.A.3 REGON³⁾

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

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
urodzenia⁴⁾

I.B.5
Płeć⁴⁾

I.B.6 Symbol
państwa, jeżeli
dotyczy⁵⁾

I.B.7 Rodzaj i numer dokumentu
potwierdzającego prawo do świadczeń
opieki zdrowotnej, jeżeli dotyczy⁶⁾

Wpisać PESEL pacjenta lub datę urodzenia
w przypadku jego braku

I.B.8 Dokument stwierdzający tożsamość⁴⁾

☐ paszport ☐ inny⁷⁾.....

I.B.9 Seria i numer⁴⁾

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

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 dodatkowego⁸⁾

**Np. 47ZN/
47ZND/
47DN/inne**

I.BA.2 Dane identyfikujące dokument potwierdzający uprawnienie dodatkowe⁹⁾

**np. orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności
numer dokumentu np. PZON.8822-236/22
data wystawienia np. 2.01.2023
data ważności np. 31.01.2026 lub bezterminowo

npwz osoby wystawiającej zaświadczenie w przypadku
47DN**

I.BA.3 Cięża¹⁰⁾

☐

Wpisać uprawnienie dodatkowe, jeśli pacjent posiada np. prawo do
zwiększonego limitu finansowania lub prawo do bezpłatnych wyrobów

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

I.C. OKREŚLENIE WYROBU MEDYCZNEGO¹¹⁾

**Zaznaczyć rodzaj przetoki
(bez nefrostomii)**

I.C.1 Grupa i liczba porządkowa P.99	I.C.2 Umiejscowienie (nie dotyczy stomii) ☐ lewostronne ☐ prawostronne ☐ nie dotyczy
I.C.3 Liczba przetok (dotyczy stomii) np. 1	I.C.4 Rodzaj przetok (dotyczy stomii) ☐ urostomia ☐ kolostomia ☐ ileostomia ☐ nefrostomia ☐ inna

I.C.5 Kod ICD-10 Wpisać liczbę przetok	I.C.6 Liczba sztuk (dotyczy zleceń innych niż comiesięczne) Liczba sztuk 1 lub jej wielokrotność w przypadku osób z uprawnieniem dodatkowym 47ZN/47ZND/47DN	I.C.7 Liczba sztuk na miesiąc (dotyczy comiesięcznych zleceń) ¹²⁾ np. 1	I.C.8 Pierwszy miesiąc zaopatrzenia comiesięcznego (format: MM-RRRR) np. 07-2023	I.C.9 Liczba miesięcy zaopatrzenia comiesięcznego (1– 12) 1-12
---	---	---	--	--

I.C.10 Nazwa wyrobu medycznego	I.C.11 Kryteria przyznania wyrobu medycznego ¹³⁾	I.C.12 Dodatkowe informacje dotyczące wyrobu ¹⁴⁾
--------------------------------	---	---

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				Odległość źrenic mm
	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 ☐	I.D.2 Wskazanie kryterium skrócenia okresu użytkowania wyrobu medycznego, jeżeli dotyczy¹⁵⁾
I.D.3 Uzasadnienie skrócenia okresu użytkowania wyrobu medycznego, jeżeli dotyczy	

I.E. DANE OSOBY UPRAWNIIONEJ DO WYSTAWIENIA ZLECENIA

I.E.1 Numer prawa wykonywania zawodu¹⁶⁾	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						
II.A.1 Wynik weryfikacji ¹⁷⁾ ☐ pozytywna ☐ negatywna		II.A.2 Kod oddziału wojewódzkiego NFZ ¹⁸⁾				
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 ¹⁹⁾	II.B.6 Wysokość procentowego udziału NFZ w limicie finansowania ²⁰⁾	II.B.7 Data ważności potwierdzenia limitu finansowania ²¹⁾
II.BA. POTWIERDZONE PRAWO DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ						
II.BA.1 Sposób potwierdzenia prawa do świadczeń ²²⁾ ☐ eWUŚ ☐ oświadczenie ☐ dokument			II.BA.2 Dane identyfikujące dokument potwierdzający prawo do świadczeń, jeżeli w pkt II.BA.1 zaznaczono „dokument” ²³⁾			
II.C. PRZYCZYNA NEGATYWNEJ WERYFIKACJI (JEŻELI DOTYCZY)						
II.D. DODATKOWE INFORMACJE DLA PACJENTA						
II.E. POTWIERDZENIE WERYFIKACJI ZLECENIA						
II.E.1 Data weryfikacji						

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

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

III.A. PRZYJĘCIE DO REALIZACJI ZLECENIA

III.A.1 Data przyjęcia do realizacji	III.A.2 ☐ 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 ³⁾
III.B.3 Adres miejsca udzielania świadczeń: kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer domu lub lokalu ²⁾	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 ²⁵⁾ ☐ eWUŚ ☐ oświadczenie ☐ dokument	III.C.2 Dane identyfikujące dokument potwierdzający prawo do świadczeń, jeżeli w pkt III.C.1 zaznaczono „dokument” ²³⁾		
III.C.3 Czy pacjent dysponuje nowymi uprawnieniami dodatkowymi lub innymi uprawnieniami? ☐ TAK ☐ NIE	III.C.4 Kod tytułu uprawnienia dodatkowego, jeżeli w pkt III.C.3 zaznaczono „TAK” ⁸⁾		
III.C.5 Dane identyfikujące dokument potwierdzający uprawnienie dodatkowe, jeżeli w pkt III.C.3 zaznaczono „TAK” ⁹⁾			
III.C.6 Zmiana wieku pacjenta ☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy	III.C.7 Zmiana limitu finansowania ☐ tak ☐ nie	III.C.8 Limit finansowania ¹⁹⁾	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 ²⁶⁾	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)

- 1) Dotyczy wyrobów medycznych przysługujących comiesięcznym comiesięcznym (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 comiesięcznym, 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.