

**Numer zlecenia konieczny podczas realizacji
zlecenia w sklepie**

Załącznik nr 1

Wzór*

ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE

IDENTYFIKACJA ZLECENIA

☐ ZLECENIE

☐ KONTYNUACJA ZLECENIA ¹⁾

Unikalny numer identyfikacyjny (nadany przez NFZ)

1-23-000058811-2

Kod kreskowy (nadany przez NFZ)

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 lub pieczętka zawierająca dane z pól I.A.1-3

I.A.3 REGON²⁾

I.B. DANE PACJENTA

I.B.1 Imię (imiona)

Jan

I.B.2 Nazwisko

Kowalski

I.B.3 Numer PESEL

7 5 1 0 0 8 0 9 8 5 8
I.B.4 Data urodzenia³⁾I.B.5 Płeć³⁾I.B.6 Symbol państwa, jeżeli dotyczy⁴⁾

I.B.7 Rodzaj i numer dokumentu uprawniającego do uzyskania przez pacjenta świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, jeżeli dotyczy

**Wpisać PESEL pacjenta lub datę urodzenia
w przypadku jego braku**

I.B.8 Rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość⁵⁾
☐ paszport ☐ inny⁵⁾
I.B.9 Seria i numer³⁾

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

I.BA. UPRAWNIENIA

I.BA.1 UPRAWNIENIE DODATKOWE LUB INNE UPRAWNIENIE, Z KTÓREGO BĘDZIE KORZYSTAŁ PACJENT

I.BA.2 Rodzaj dokumentu potwierdzającego uprawnienie dodatkowe lub wpisanie litery „C” na oznaczenie kobiety w ciąży	I.BA.3 Numer dokumentu z pkt I.BA.2 ⁶⁾	I.BA.4 Data ważności dokumentu z pkt I.BA.2 ⁶⁾	I.BA.5 Data wystawienia dokumentu z pkt I.BA.2 ⁶⁾	I.BA.6 Numer prawa wykonywania zawodu osoby uprawnionej, która wystawiła dokument potwierdzający uprawnienie dodatkowe, jeżeli dotyczy ⁶⁾
I.BA.7 Kod tytułu uprawnienia dodatkowego ⁶⁾ Np. 47ZN/ 47ZND/ 47DN/inne	np. orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności	np. PZON.882 2-236/22	np. 31.12.2027 lub bezterminowo	Wypełnia się tylko w przypadku kodu 47DN

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 na zaopatrzenie w wyroby medyczne).

²⁾ Numer identyfikacyjny REGON. Należy wskazać REGON – 9 cyfr dla praktyk zawodowych albo 14 cyfr dla jednostek organizacyjnych.

³⁾ Należy wypełnić w przypadku, gdy pacjent nie ma numeru PESEL.

⁴⁾ Symbol państwa odpowiedniego dla instytucji właściwej dla osoby uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji.

⁵⁾ W przypadku zaznaczenia pola „inny” należy wpisać rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość oraz państwo wydania dokumentu.

⁶⁾ Wypełnia się, jeżeli dokument potwierdzający uprawnienie dodatkowe zawiera daną informację.

Unikalny numer identyfikacyjny (nadany przez NFZ)	Kod kreskowy (nadany przez NFZ)
---	---------------------------------

I.C. OKREŚLENIE WYROBU MEDYCZNEGO

I.C.1 Wyrób medyczny⁷⁾

I.C.1.1 Grupa i liczba porządkowa

P.099

I.C.1.2 Umiejscowienie (nie dotyczy stomii)
☐ lewostronne ☐ prawostronne ☐ nie dotyczy

I.C.1.3 Liczba przetok (dotyczy stomii)

np. 1

I.C.1.4 Rodzaj przetok (dotyczy stomii)
☐ urostomia ☐ kolostomia ☐ ileostomia ☐ nefrostomia ☐ inna

I.C.1.5 Kod ICD-10 (uzasadnienie obejmujące jednostkowe dane medyczne pacjenta)

Wpisać liczbę przetok

I.C.1.6 Liczba sztuk (dotyczy zleceń innych niż comiesięczne)

I.C.1.7 Liczba sztuk na miesiąc (dotyczy comiesięcznych zleceń⁸⁾

1

I.C.1.8 Pierwszy miesiąc zaopatrzenia comiesięcznego (format: MM-RRRR)

Np. 01-2023

I.C.1.9 Liczba miesięcy zaopatrzenia comiesięcznego (1– 12)

1-12

I.C.1.10 Nazwa wyrobu medycznego

I.C.1.11 Kryteria przyznania wyrobu medycznego⁹⁾

I.C.1.12 Dodatkowe informacje dotyczące wyrobu¹⁰⁾

Liczba sztuk 1 lub jej wielokrotność w przypadku osób z uprawnieniem dodatkowym 47ZN/47ZND/47DN (wartość może być do jednego miejsca po przecinku)

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

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

I.D.2 Uzasadnienie skrócenia okresu użytkowania

I.E. DANE OSOBY UPRAWNIONEJ DO WYSTAWIENIA ZLECENIA

I.E.1 Numer prawa wykonywania zawodu lub pieczętka zawierająca dane z pól I.E.1 i I.E.3		
I.E.2 Data wystawienia	I.E.3 Imię (imiona) i nazwisko	I.E.4 Podpis

Objaśnienia:
⁷⁾ W przypadku soczewek okularowych należy uzupełnić tylko te pola, które dotyczą tej kategorii wyrobów medycznych.

⁸⁾ 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 2022 r. poz. 463, z późn. zm.), należy wpisać liczbę 1 albo jej wielokrotność (w przypadku uprawnień dodatkowych), z dokładnością do 1 miejsca po przecinku.

⁹⁾ 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. W przypadku zaopatrzenia obustronnego należy określić kryterium dla każdej strony osobno.

¹⁰⁾ Należy wpisać dodatkowe informacje dotyczące wyrobu np. stopień ucisku, preferowane wyposażenie dodatkowe itp.

Unikalny numer identyfikacyjny (nadany przez NFZ)	Kod kreskowy (nadany przez NFZ)
---	---------------------------------

CZĘŚĆ II. WERYFIKACJA ZLECENIA (DOKONYWANA PRZEZ NFZ ZA POŚREDNICTWEM SERWISÓW INTERNETOWYCH LUB 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 ☐ pozytywna ☐ negatywna	II.A.2 Kod oddziału wojewódzkiego NFZ¹¹⁾
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	II.B.6 Wysokość procentowego udziału NFZ w limicie finansowania ¹²⁾	II.B.7 Data ważności potwierdzenia limitu finansowania ¹³⁾

II.C. PRZYCZYNA NEGATYWNEJ WERYFIKACJI (JEŻELI DOTYCZY)

II.D. INFORMACJE DLA PACJENTA

II.E. POTWIERDZENIE WERYFIKACJI ZLECENIA

II.E.1 Data weryfikacji	II.E.2 Weryfikacja za pośrednictwem serwisów internetowych lub usług informatycznych NFZ/Imię (imiona), nazwisko i podpis pracownika oddziału wojewódzkiego NFZ

Objaśnienia:

¹¹⁾ Kod właściwego dla pacjenta oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, który finansuje zaopatrzenie w wyroby medyczne.

¹²⁾ Wysokość udziału własnego pacjenta 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.

¹³⁾ Ważność potwierdzonego limitu finansowania ze środków publicznych wyrobu medycznego nie dotyczy kobiet w ciąży.

