



# DZIENNIK USTAW

## RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 16 czerwca 2023 r.

Poz. 1127

### ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup>

z dnia 25 maja 2023 r.

#### zmieniające rozporządzenie w sprawie zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz zlecenia naprawy wyrobu medycznego

Na podstawie art. 38 ust. 7 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) zarządza się, co następuje:

§ 1. W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 grudnia 2021 r. w sprawie zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz zlecenia naprawy wyrobu medycznego (Dz. U. poz. 2499 oraz z 2022 r. poz. 2713) wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 2:

a) pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) identyfikator generowany przez system serwisów internetowych lub usług informatycznych Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „NFZ”, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, 2674 i 2770 oraz z 2023 r. poz. 605, 650 i 658), zwany dalej „identyfikatorem zlecenia”, a w przypadku zlecenia w postaci papierowej – dodatkowo zapisany w postaci kodu kreskowego;”

b) w pkt 4 lit. c oraz d otrzymują brzmienie:

„c) rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, jeżeli dotyczy,

d) informacje o posiadanych uprawnieniach dodatkowych lub innych uprawnieniach, jeżeli dotyczy:

- kod tytułu uprawnienia dodatkowego, określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”,
- rodzaj dokumentu potwierdzającego uprawnienia dodatkowe, a w przypadku gdy takie dane występują na dokumencie – jego numer, datę ważności, datę wystawienia oraz numer prawa wykonywania zawodu osoby uprawnionej, która go wystawiła,
- informację o ciąży, w przypadku gdy stanowi ona kryterium przyznania wyrobu medycznego;”

c) w pkt 5 w lit. a po tiret ósme dodaje się tiret dziewiąte w brzmieniu:

„– uzasadnienie medyczne przyznania większej liczby sztuk wyrobu medycznego w przypadku uprawnienia dodatkowego, o którym mowa w art. 47 ust. 1a i 1b ustawy o świadczeniach;”

d) pkt 6 i 7 otrzymują brzmienie:

„6) informacje o dodatkowych wskazaniach do wystawienia zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne:

a) dotyczące skrócenia okresu użytkowania wyrobu medycznego,

b) kryterium oraz uzasadnienie skrócenia okresu użytkowania wyrobu medycznego, o którym mowa w lit. a, jeżeli dotyczy;

<sup>1)</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 27 sierpnia 2020 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. z 2021 r. poz. 932).

- 7) informacje o osobie uprawnionej do wystawienia zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne:
- numer prawa wykonywania zawodu,
  - imię (imiona) i nazwisko,
  - podpis, jeżeli dotyczy,
  - data wystawienia zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne;”
- e) po pkt 7 dodaje się pkt 7a w brzmieniu:
- „7a) informacje o osobie upoważnionej, o której mowa w art. 41a ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2022 r. poz. 1731, z późn. zm.<sup>2)</sup>), do wystawienia zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne w postaci elektronicznej, jeżeli dotyczy:
- numer PESEL,
  - imię (imiona) i nazwisko,
  - podpis,
  - data wystawienia zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne;”
- f) w pkt 8:
- lit. a oraz b otrzymują brzmienie:
    - wynik weryfikacji, a w przypadku weryfikacji negatywnej – wskazanie jej przyczyny,
    - okres, w którym zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne może zostać zrealizowane;”
  - lit. d otrzymuje brzmienie:

„d) informacje dotyczące potwierdzenia limitu finansowania ze środków publicznych wyrobu medycznego:

    - grupę i liczbę porządkową wyrobu medycznego,
    - kod wyrobu medycznego,
    - umiejscowienie wyrobu medycznego, jeżeli dotyczy,
    - potwierdzoną liczbę sztuk wyrobu medycznego,
    - limit finansowania ze środków publicznych wyrobu medycznego,
    - wysokość procentowego udziału NFZ w limicie finansowania ze środków publicznych wyrobu medycznego,
    - datę ważności potwierdzenia limitu finansowania ze środków publicznych wyrobu medycznego;”
  - lit. g otrzymuje brzmienie:

„g) informację o sposobie potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej, zgodnie z art. 50 ust. 1–3, 6 albo ust. 9 ustawy o świadczeniach, a w przypadku przedstawienia dokumentu w postaci papierowej potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej – także dane identyfikujące ten dokument, zgodnie z zakresem danych identyfikujących dokument potwierdzający prawo do świadczeń, określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 tej ustawy;”
- g) w pkt 9 w lit. c po wyrazach „miesiąca albo miesięcy” dodaje się wyrazy „oraz roku”;
- h) pkt 11 otrzymuje brzmienie:
- „11) informacje potwierdzające prawo do świadczeń opieki zdrowotnej:
- sposób potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej,
  - dane identyfikujące dokument potwierdzający prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, jeżeli dotyczy;”
- i) w pkt 12:
- w lit. a po wyrazach „o których mowa w pkt 4 lit. d” dodaje się przecinek i wyrazy „jeżeli dotyczy”;
  - lit. b otrzymuje brzmienie:

„b) rodzaj dokumentu potwierdzającego uprawnienia dodatkowe, a w przypadku gdy takie dane występują na dokumencie – jego numer, datę ważności, datę wystawienia oraz numer prawa wykonywania zawodu osoby uprawnionej, która go wystawiła;”

<sup>2)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2022 r. poz. 1733, 2731 i 2770 oraz z 2023 r. poz. 605 i 650.

- j) w pkt 13:
- w lit. a:
    - – tiret trzecie otrzymuje brzmienie:
      - „– producenta, model, nazwę handlową i niepowtarzalny kod identyfikacyjny wyrobu medycznego, o którym mowa w art. 27 ust. 1 lit. a rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/745 z dnia 5 kwietnia 2017 r. w sprawie wyrobów medycznych, zmiany dyrektywy 2001/83/WE, rozporządzenia (WE) nr 178/2002 i rozporządzenia (WE) nr 1223/2009 oraz uchylecia dyrektyw Rady 90/385/EWG i 93/42/EWG (Dz. Urz. UE L 117 z 05.05.2017, str. 1, z późn. zm.<sup>3)</sup>), zwany dalej „kodem UDI”, a w przypadku jego braku – numer seryjny wyrobu medycznego albo inny numer lub równoważny symbol jednoznacznie identyfikujący wyrób medyczny;”;
    - – uchyla się tiret szóste,
  - w lit. b tiret drugie otrzymuje brzmienie:
    - „– imię (imiona) i nazwisko osoby wydającej wyrób medyczny;”;
- 2) w § 3:
- a) pkt 1 otrzymuje brzmienie:
    - „1) identyfikator zlecenia, a w przypadku zlecenia w postaci papierowej – dodatkowo zapisany w postaci kodu kreskowego;”;
  - b) w pkt 2 lit. c otrzymuje brzmienie:
    - „c) rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, jeżeli dotyczy;”;
  - c) pkt 3 otrzymuje brzmienie:
    - „3) informacje o posiadanych uprawnieniach dodatkowych, jeżeli dotyczy:
      - a) kod tytułu uprawnienia dodatkowego, określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy o świadczeniach,
      - b) rodzaj dokumentu potwierdzającego uprawnienia dodatkowe, a w przypadku gdy takie dane występują na dokumencie – jego numer, datę ważności, datę wystawienia oraz numer prawa wykonywania zawodu osoby uprawnionej, która go wystawiła;”;
  - d) w pkt 4:
    - lit. b otrzymuje brzmienie:
      - „b) identyfikator zlecenia, na podstawie którego wydano wyrób medyczny będący przedmiotem naprawy;”;
    - lit. d otrzymuje brzmienie:
      - „d) nazwę naprawianego wyrobu medycznego, producenta, model, nazwę handlową, kod UDI, a w przypadku jego braku – numer seryjny wyrobu medycznego albo inny numer lub równoważny symbol jednoznacznie identyfikujący wyrób medyczny;”;
  - e) pkt 5 i 6 otrzymują brzmienie:
    - „5) informacje dotyczące weryfikacji zlecenia naprawy wyrobu medycznego:
      - a) datę weryfikacji i jej wynik, a w przypadku weryfikacji negatywnej – wskazanie jej przyczyny,
      - b) datę, od której zlecenie może zostać przyjęte do realizacji, i końcową datę realizacji tego zlecenia,
      - c) limit ceny naprawy wyrobu medycznego,
      - d) kod właściwego dla pacjenta oddziału wojewódzkiego NFZ, który finansuje naprawę wyrobu medycznego,
      - e) kod naprawy wyrobu medycznego,
      - f) informację o okresie wydłużenia okresu użytkowania wyrobu medycznego,
      - g) informację o sposobie potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej, zgodnie z art. 50 ust. 1–3 ustawy o świadczeniach, a w przypadku przedstawienia dokumentu w postaci papierowej potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej – także dane identyfikujące ten dokument, zgodnie z zakresem danych identyfikujących dokument potwierdzający prawo do świadczeń, określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 tej ustawy;

<sup>3)</sup> Zmiany wymienionego rozporządzenia zostały ogłoszone w Dz. Urz. UE L 117 z 03.05.2019, str. 9, Dz. Urz. UE L 334 z 27.12.2019, str. 165, Dz. Urz. UE L 130 z 24.04.2020, str. 18, Dz. Urz. UE L 241 z 08.07.2021, str. 7, Dz. Urz. UE L 311 z 02.12.2022, str. 94, Dz. Urz. UE L 70 z 08.03.2023, str. 1 oraz Dz. Urz. UE L 80 z 20.03.2023, str. 24.

- 6) potwierdzenie udzielenia pacjentowi informacji o wydłużeniu okresu użytkowania wyrobu medycznego proporcjonalnie do wykorzystanej części limitu naprawy, z zaokrągleniem w dół do pełnego miesiąca w przypadku dokonania naprawy i wykorzystania części lub całości limitu naprawy;”,
  - f) uchyla się pkt 7 i 8,
  - g) pkt 12 i 13 otrzymują brzmienie:
    - „12) informacje potwierdzające prawo do świadczeń opieki zdrowotnej:
      - a) sposób potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej,
      - b) dane identyfikujące dokument potwierdzający prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, jeżeli dotyczy;
    - 13) informacje o posiadanych uprawnieniach dodatkowych, jeżeli dotyczy:
      - a) informacje o nowym uprawnieniu dodatkowym na podstawie informacji, o których mowa w pkt 3,
      - b) dane identyfikujące dokument potwierdzający uprawnienie dodatkowe, o których mowa w pkt 3 lit. b;”;
  - h) po pkt 13 dodaje się pkt 13a w brzmieniu:
    - „13a) informacje o wysokości limitu finansowania naprawy wyrobu medycznego ze środków publicznych;”;
  - i) w pkt 15 lit. b otrzymuje brzmienie:
    - „b) imię (imiona) i nazwisko osoby wydającej naprawiony wyrób medyczny;”;
- 3) załączniki nr 1 i 2 do rozporządzenia otrzymują brzmienie określone odpowiednio w załącznikach nr 1 i 2 do niniejszego rozporządzenia.

§ 2. 1. Zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne, które przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia zostały:

- 1) wystawione lub
  - 2) wystawione i potwierdzone, lub
  - 3) częściowo zrealizowane
- zachowują ważność.

2. Zlecenia naprawy wyrobów medycznych, które przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia zostały:

- 1) wystawione lub
  - 2) wystawione i potwierdzone
- zachowują ważność.

3. Przy realizacji zleceń, o których mowa w ust. 1 i 2, nie wymaga się uzyskania podpisu osoby wydającej wyrób medyczny, o którym mowa w częściach IV.B.2 tych zleceń.

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2023 r.

Minister Zdrowia: *A. Niedzielski*

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia  
z dnia 25 maja 2023 r. (Dz. U. poz. 1127)

Załącznik nr 1

WZÓR\*

<b>ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE</b>																									
<b>IDENTYFIKACJA ZLECENIA</b>		<input type="checkbox"/> ZLECENIE		<input type="checkbox"/> KONTYNUACJA ZLECENIA <sup>1)</sup>																					
Identyfikator zlecenia		Kod kreskowy																							
<b>CZĘŚĆ I. WYSTAWIENIE ZLECENIA</b> (WYPEŁNIA I DRUKUJE OSOBA UPRAWNIIONA DO WYSTAWIENIA ZLECENIA)																									
<b>I.A. DANE PODMIOTU, W RAMACH KTÓREGO WYSTAWIONO ZLECENIE</b>																									
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>																									
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <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>I.B. DANE PACJENTA</b>																									
I.B.1 Imię (imiona)			I.B.2 Nazwisko																						
I.B.3 Numer PESEL		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>																				
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <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>																									
I.B.8 Dokument stwierdzający tożsamość <sup>4)</sup>			I.B.9 Seria i numer <sup>4)</sup>																						
<input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> inny <sup>7)</sup> .....			<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <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>																						
I.B.10 Kraj wydania dokumentu stwierdzającego tożsamość, o którym mowa w pkt I.B.8																									
<b>I.BA. UPRAWNIENIE DODATKOWE LUB INNE UPRAWNIENIE, Z KTÓREGO BĘDZIE KORZYSTAŁ PACJENT</b>																									
I.BA.1 Kod tytułu uprawnienia dodatkowego <sup>8)</sup>		I.BA.2 Dane identyfikujące dokument potwierdzający uprawnienie dodatkowe <sup>9)</sup>		I.BA.3 Cięża <sup>10)</sup>																					
				<input type="checkbox"/>																					

Identyfikator zlecenia		Kod kreskowy	
<b>I.C. OKREŚLENIE WYROBU MEDYCZNEGO<sup>11)</sup></b>			
I.C.1 Grupa i liczba porządkowa		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)		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	I.C.6 Liczba sztuk (dotyczy zleceń innych niż comiesięczne)	I.C.7 Liczba sztuk na miesiąc (dotyczy comiesięcznych zleceń) <sup>12)</sup>	I.C.8 Pierwszy miesiąc zaopatrzenia comiesięcznego (format: MM-RRRR)
		I.C.9 Liczba miesięcy zaopatrzenia comiesięcznego (1-12)	
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, 47ZDN			
<b>I.CA Soczewki okularowe</b>			
	Sfera	Cylinder	Oś
Do dali	OP		
	OL		
Do bliży	OP		
	OL		
Odległość źrenic ..... mm			
<b>I.D. DODATKOWE WSKAZANIA DO WYSTAWIENIA ZLECENIA (WYPEŁNIA OSOBA UPRAWNIONA DO WYSTAWIENIA ZLECENIA)</b>			
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		
<b>I.E. DANE OSOBY UPRAWNIONEJ DO WYSTAWIENIA ZLECENIA</b>			
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				
<b>CZĘŚĆ II. WERYFIKACJA ZLECENIA</b> (DOKONYWANA PRZEZ NFZ ZA POŚREDNICTWEM USŁUG INFORMATYCZNYCH NFZ ALBO BEZPOŚREDNIO W ODDZIALE WOJEWÓDZKIM NFZ – WÓWCZAS DRUKUJE OSOBA UPRAWNIIONA DO WYSTAWIENIA ZLECENIA)						
<b>II.A. WYNIK WERYFIKACJI</b>						
II.A.1 Wynik weryfikacji <sup>17)</sup> <input type="checkbox"/> pozytywna <input type="checkbox"/> negatywna					II.A.2 Kod oddziału wojewódzkiego NFZ <sup>18)</sup>	
II.AA.1. Realizacja zlecenia od dnia			II.AA.2 Końcowa data realizacji zlecenia			
<b>II.B. POTWIERDZENIE LIMITU FINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH WYROBU MEDYCZNEGO</b>						
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>
<b>II.BA. POTWIERDZONE PRAWO DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ</b>						
II.BA.1 Sposób potwierdzenia prawa do świadczeń <sup>22)</sup> <input type="checkbox"/> eWUŚ <input type="checkbox"/> oświadczenie <input type="checkbox"/> dokument			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</b> (JEŻELI DOTYCZY)						
<b>II.D. DODATKOWE INFORMACJE DLA PACJENTA</b>						
<b>II.E. POTWIERDZENIE WERYFIKACJI ZLECENIA</b>						
II.E.1 Data weryfikacji						

Identyfikator zlecenia		Kod kreskowy		
<b>CZĘŚĆ III. REALIZACJA ZLECENIA U ŚWIADCZENIODAWCY</b> (WYPEŁNIA I DRUKUJE ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE WEDŁUG STANU NA DZIEŃ PRZYJĘCIA DO REALIZACJI <sup>24)</sup> )				
<b>III.A. PRZYJĘCIE DO REALIZACJI ZLECENIA</b>				
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		
<b>III.B DANE ŚWIADCZENIODAWCY REALIZUJĄCEGO ZLECENIE</b>				
III.B.1 Nazwa świadczeniodawcy		III.B.2 REGON <sup>3)</sup>		
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		
<b>III.C. POTWIERDZENIE POSIADANIA PRAWA DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ, UPRAWNIENIA DODATKOWEGO I LIMITU FINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH</b>				
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	
<b>CZĘŚĆ IV. POTWIERDZENIE WYDANIA WYROBU MEDYCZNEGO</b> (WYPEŁNIA I DRUKUJE ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE)				
<b>IV.A. DANE DOTYCZĄCE WYDANEGO WYROBU MEDYCZNEGO</b> (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	
<b>IV.B. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYDANIA WYROBU MEDYCZNEGO</b> (WYPEŁNIA ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE)				
IV.B.1 Data wydania		IV.B.2 Imię (imiona) i nazwisko osoby wydającej wyrób medyczny		
<b>IV.C. DANE DOTYCZĄCE ODBIORU WYROBU MEDYCZNEGO</b> (WYPEŁNIA OSOBA ODBIERAJĄCA LUB ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE)				
IV.C.1 Osoba odbierająca <input type="checkbox"/> pacjent <input type="checkbox"/> inna osoba odbierająca				
IV.C.2 Imię (imiona) <sup>27)</sup>		IV.C.3 Nazwisko <sup>27)</sup>		IV.C.4 Numer PESEL <sup>27)</sup>
IV.C.5 Rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość <sup>27)</sup> (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> .....			IV.C.6 Seria i numer <sup>27)</sup> (należy wypełnić w przypadku, gdy osoba odbierająca nie ma numeru PESEL)	
IV.C.7 Data odbioru				



**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 zawierających 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 zawierających 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.



Identyfikator zlecenia	Kod kreskowy
<b>CZĘŚĆ II. WERYFIKACJA ZLECENIA NAPRAWY</b> (WYPEŁNIA I DRUKUJE ODDZIAŁ WOJEWÓDZKI NFZ)	
<b>II.A. WYNIK WERYFIKACJI</b>	
II.A.1 Wynik weryfikacji <sup>8)</sup> <input type="checkbox"/> pozytywna <input type="checkbox"/> negatywna	II.A.2 Kod oddziału wojewódzkiego NFZ <sup>9)</sup>
II.AA.1 Realizacja zlecenia od dnia	II.AA.2 Końcowa data realizacji zlecenia
<b>II.B. POTWIERDZENIE LIMITU FINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH NAPRAWY WYROBU MEDYCZNEGO</b>	
II.B.1 Limit ceny naprawy	II.B.2 Kod naprawy wyrobu medycznego
II.B.3 Okres użytkowania wyrobu medycznego ulega wydłużeniu do	
<b>II.C. POTWIERDZONE PRAWO DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ</b>	
I.C.1 Sposób potwierdzenia prawa do świadczeń <sup>10)</sup> <input type="checkbox"/> eWUŚ <input type="checkbox"/> dokument	I.C.2 Dane identyfikujące dokument potwierdzający prawo do świadczeń, jeżeli w pkt I.C.1 zaznaczono „dokument” <sup>11)</sup>
<b>II.D. PRZYCZYNA NEGATYWNEJ WERYFIKACJI</b> (JEŻELI DOTYCZY)	
<b>II.E. DODATKOWE INFORMACJE DLA PACJENTA</b>	
<b>II.F. POTWIERDZENIE WERYFIKACJI ZLECENIA</b>	
II.F.1 Data weryfikacji	

Identyfikator zlecenia		Kod kreskowy																					
<b>CZĘŚĆ III. REALIZACJA ZLECENIA NAPRAWY</b> (WYPEŁNIA I DRUKUJE ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY NAPRAWĘ WEDŁUG STANU NA DZIEŃ PRZYJĘCIA DO REALIZACJI)																							
<b>III.A. REALIZACJA ZLECENIA NAPRAWY</b>																							
III.A.1 Data przyjęcia zlecenia naprawy do realizacji																							
<b>III.B. DANE ŚWIADCZENIODAWCY REALIZUJĄCEGO ZLECENIE NAPRAWY</b>																							
III.B.1 Nazwa świadczeniodawcy		III.B.2 REGON świadczeniodawcy <sup>12)</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>																					
III.B.3 Adres miejsca udzielania świadczeń: kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer domu lub lokalu <sup>13)</sup>		III.B.4 Numer umowy z NFZ																					
<b>III.C. POTWIERDZENIE POSIADANIA PRAWA DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ, UPRAWNIENIA DODATKOWEGO I LIMITU FINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH</b>																							
III.C.1 Sposób potwierdzenia prawa do świadczeń <sup>14)</sup>		III.C.2 Dane identyfikujące dokument potwierdzający prawo do świadczeń, jeżeli w pkt III.C.1 zaznaczono „dokument” <sup>11)</sup>																					
<input type="checkbox"/> eWUŚ <input type="checkbox"/> oświadczenie <input type="checkbox"/> dokument																							
III.C.3 Czy pacjent dysponuje nowymi uprawnieniami dodatkowymi?		III.C.4 Kod tytułu uprawnienia dodatkowego, jeżeli w pkt III.C.3 zaznaczono „TAK” <sup>15)</sup>																					
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE																							
III.C.5 Dane identyfikujące dokument potwierdzający uprawnienie dodatkowe, jeżeli w pkt III.C.3 zaznaczono „TAK” <sup>16)</sup>		III.C.6 Limit finansowania																					
<b>CZĘŚĆ IV. POTWIERDZENIE WYDANIA NAPRAWIONEGO WYROBU MEDYCZNEGO</b> (WYPEŁNIA I DRUKUJE ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE NAPRAWY)																							
<b>IV.A. DANE DOTYCZĄCE NAPRAWIONEGO WYROBU MEDYCZNEGO</b>																							
IV.A.1 Opis naprawionego wyrobu medycznego wraz z opisem naprawy																							
IV.A.2 Łączna kwota naprawy	IV.A.3 Kwota finansowania ze środków publicznych	IV.A.4 Dopłata pacjenta do naprawy	IV.A.5 Okres gwarancji naprawy																				
<b>IV.B. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYDANIA NAPRAWIONEGO WYROBU MEDYCZNEGO</b>																							
IV.B.1 Data wydania		IV.B.2 Imię (imiona) i nazwisko osoby wydającej naprawiony wyrób medyczny																					
<b>IV.C. DANE DOTYCZĄCE ODBIORU NAPRAWIONEGO WYROBU MEDYCZNEGO</b> (WYPEŁNIA OSOBA ODBIERAJĄCA LUB ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE)																							
IV.C.1 Osoba odbierająca																							
<input type="checkbox"/> pacjent <input type="checkbox"/> inna osoba odbierająca																							
IV.C.2 Imię (imiona) <sup>15)</sup>		IV.C.3 Nazwisko <sup>15)</sup>																					
		IV.C.4 Numer PESEL <sup>15)</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>																					
IV.C.5 Rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość <sup>15)</sup> (należy wypełnić w przypadku, gdy osoba odbierająca nie ma numeru PESEL)		IV.C.6 Seria i numer <sup>15)</sup> (należy wypełnić w przypadku, gdy osoba odbierająca nie ma numeru PESEL)																					
<input type="checkbox"/> paszport <sup>16)</sup> <input type="checkbox"/> inny <sup>16)</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>																					
.....																							
IV.C.7 Data odbioru																							

**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) Należy wypełnić w przypadku, gdy pacjent nie ma numeru PESEL.
  - 2) Symbol państwa odpowiedniego dla instytucji właściwej dla osoby uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji.
  - 3) 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.
  - 4) W przypadku zaznaczenia „inny” należy wpisać rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość.
  - 5) Kod tytułu uprawnienia dodatkowego, określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy o świadczeniach.
  - 6) Należy wpisać rodzaj i numer dokumentu oraz – jeżeli takie dane występują na dokumencie – jego datę wystawienia, datę ważności oraz numer prawa wykonywania zawodu osoby uprawnionej, która wystawiła dokument.
  - 7) W przypadku braku kodu UDI należy wskazać numer seryjny albo inny numer lub równoważny symbol jednoznacznie identyfikujący wyrób medyczny.
  - 8) Wynik weryfikacji obejmuje potwierdzenie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej oraz prawo do naprawy wyrobu medycznego.
  - 9) Kod właściwego dla pacjenta oddziału wojewódzkiego NFZ, który finansuje naprawę wyrobu medycznego.
  - 10) 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; dokument – w przypadku przedstawienia dokumentu papierowego potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej.
  - 11) 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.
  - 12) Numer identyfikacyjny REGON. Należy wskazać REGON – 9 cyfr dla praktyk zawodowych albo 14 cyfr dla jednostek organizacyjnych.
  - 13) W przypadku zleceń papierowych dopuszczalne jest wykorzystanie pieczętki albo naklejki zawierających dane z pól III.B.1–3.
  - 14) 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.
  - 15) Wypełnia się w przypadku, gdy osobą odbierającą jest inna osoba niż pacjent. W przypadku pacjenta wypełnia się, jeżeli dane pacjenta zamieszczone w części I.A uległy zmianie.
  - 16) W przypadku zaznaczenia pola „paszport” należy wpisać państwo wydania, a w przypadku zaznaczenia „inny” należy wpisać rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość oraz państwo jego wydania.