

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 **1-23-00005811-2**  
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 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/  
47ZND/  
47DN/inne**

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

**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 Cięża<sup>10)</sup>

☐

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 MEDYCZNEGO<sup>11)</sup>**

|                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>I.C.1 Grupa i liczba porządkowa</b><br><br><div style="text-align: center; color: red; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">P.99A</div>                                                                                                               | <b>I.C.2 Umiejscowienie</b> (nie dotyczy stomii)<br><input type="checkbox"/> lewostronne <input type="checkbox"/> prawostronne <input type="checkbox"/> nie dotyczy                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                          |
| <b>I.C.3 Liczba przetok</b> (dotyczy stomii)<br><br><div style="text-align: center; color: red; font-weight: bold;">np. 1</div>                                                                                                                           | <b>I.C.4 Rodzaj przetok</b> (dotyczy stomii)<br><input type="checkbox"/> urostomia <input type="checkbox"/> kolostomia <input type="checkbox"/> ileostomia <input type="checkbox"/> nefrostomia <input type="checkbox"/> inna                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                          |
| <b>I.C.5 Kod ICD-10</b><br><br><div style="border: 1px solid red; padding: 2px; width: fit-content;">Wpisać liczbę przetok</div>                                                                                                                          | <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px; vertical-align: top;"> <b>I.C.6 Liczba sztuk</b> (dotyczy zleceń innych niż comiesięczne)<br/><br/> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; width: fit-content;">Liczba sztuk 1 lub jej wielokrotność w przypadku osób z uprawnieniem dodatkowym<br/>47ZN/47ZND/47DN</div> </td> <td style="width: 50%; padding: 5px; vertical-align: top;"> <b>I.C.7 Liczba sztuk na miesiąc</b> (dotyczy comiesięcznych zleceń)<sup>12)</sup><br/><br/> <div style="text-align: center; color: red; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">np. 1</div> </td> </tr> </table> | <b>I.C.6 Liczba sztuk</b> (dotyczy zleceń innych niż comiesięczne)<br><br><div style="border: 1px solid red; padding: 2px; width: fit-content;">Liczba sztuk 1 lub jej wielokrotność w przypadku osób z uprawnieniem dodatkowym<br/>47ZN/47ZND/47DN</div> | <b>I.C.7 Liczba sztuk na miesiąc</b> (dotyczy comiesięcznych zleceń) <sup>12)</sup><br><br><div style="text-align: center; color: red; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">np. 1</div> |
| <b>I.C.6 Liczba sztuk</b> (dotyczy zleceń innych niż comiesięczne)<br><br><div style="border: 1px solid red; padding: 2px; width: fit-content;">Liczba sztuk 1 lub jej wielokrotność w przypadku osób z uprawnieniem dodatkowym<br/>47ZN/47ZND/47DN</div> | <b>I.C.7 Liczba sztuk na miesiąc</b> (dotyczy comiesięcznych zleceń) <sup>12)</sup><br><br><div style="text-align: center; color: red; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">np. 1</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                          |
| <b>I.C.8 Pierwszy miesiąc zaopatrzenia comiesięcznego</b> (format: MM-RRRR)<br><br><div style="text-align: center; color: red; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">np. 07-2023</div>                                                                    | <b>I.C.9 Liczba miesięcy zaopatrzenia comiesięcznego</b> (1–12)<br><br><div style="text-align: center; color: red; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">1</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                          |

**Zaznaczyć rodzaj przetoki (bez nefrostomii)**

|                                |                                                             |                                                             |
|--------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| 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 UPRAWNIONA DO WYSTAWIENIA ZLECENIA)**

|                                                                                             |                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>I.D.1 Skrócenie okresu użytkowania wyrobu medycznego</b><br><br><input type="checkbox"/> | <b>I.D.2 Wskazanie kryterium skrócenia okresu użytkowania wyrobu medycznego, jeżeli dotyczy<sup>15)</sup></b> |
| <b>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></b> | <b>I.E.2 Imię (imiona) i nazwisko</b>                                         |
| <b>I.E.3 Data wystawienia</b>                             | <b>I.E.4 Podpis osoby uprawnionej do wystawienia zlecenia, jeżeli dotyczy</b> |

|                        |  |              |  |  |  |  |
|------------------------|--|--------------|--|--|--|--|
| 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 <sup>17)</sup><br><br><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 |                                                      |  |  |

**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**

|                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| II.BA.1 Sposób potwierdzenia prawa do świadczeń <sup>22)</sup><br><br><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> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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

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

**II.E. POTWIERDZENIE WERYFIKACJI ZLECENIA**

|                                 |
|---------------------------------|
| II.E.1 Data weryfikacji<br><br> |
|---------------------------------|

|                        |  |              |  |
|------------------------|--|--------------|--|
| 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<br><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><br><div></div> |
| 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><br><br><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?<br><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<br><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy                                             | III.C.7 Zmiana limitu finansowania<br><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> </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> </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.