



DZIENNIK USTAW

RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 28 marca 2019 r.

Poz. 582

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 21 marca 2019 r.

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 2017 r. poz. 1844, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa szczegółowy zakres informacji zawartych w zleceniu na zaopatrzenie w wyroby medyczne i zleceniu naprawy wyrobu medycznego, wzór zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz wzór zlecenia naprawy wyrobu medycznego.

§ 2. Zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne zawiera:

- 1) unikalny numer identyfikacyjny i unikalny numer identyfikacyjny w postaci kodu kreskowego nadany przez Narodowy Fundusz Zdrowia w celu identyfikacji zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne;
- 2) informację, czy zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne jest nowym zleceniem czy kontynuacją zlecenia uprzednio wystawionego;
- 3) dane podmiotu, w ramach którego wystawiono zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne:
 - a) nazwę,
 - b) adres: wskazanie państwa, kodu pocztowego, miejscowości, ulicy, numeru domu lub lokalu,
 - c) REGON,
 - d) numer umowy świadczeniodawcy – w przypadku wykonywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z Narodowym Funduszem Zdrowia, zwanej dalej „umową z Narodowym Funduszem Zdrowia”,
 - e) kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia – w przypadku wykonywania umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia;
- 4) szczegółowe dane świadczeniobiorcy dotyczące adresu miejsca zamieszkania: wskazanie państwa, kodu pocztowego, miejscowości, ulicy, numeru domu lub lokalu albo informację o braku adresu miejsca zamieszkania;
- 5) szczegółowe informacje o posiadanych przez świadczeniobiorcę uprawnieniach dodatkowych lub innych uprawnieniach:
 - a) rodzaj dokumentu potwierdzającego uprawnienia dodatkowe,
 - b) numer dokumentu potwierdzającego uprawnienia dodatkowe, jeżeli dotyczy,
 - c) datę ważności dokumentu potwierdzającego uprawnienia dodatkowe, jeżeli dotyczy,
 - d) datę wystawienia dokumentu potwierdzającego uprawnienia dodatkowe, jeżeli dotyczy,

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 10 stycznia 2018 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 95).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 r. poz. 650, 697, 1515, 1544 i 2429 oraz z 2019 r. poz. 60 i 399.

- e) numer prawa wykonywania zawodu osoby uprawnionej, która wystawiła dokument potwierdzający uprawnienia dodatkowe, jeżeli dotyczy,
 - f) kod tytułu uprawnienia dodatkowego, jeżeli dotyczy,
 - g) informację o ciąży, jeżeli dotyczy;
- 6) szczególne informacje dotyczące wyrobu medycznego:
- a) dla wyrobów medycznych innych niż soczewki okularowe:
 - grupę i liczbę porządkową wyrobu medycznego,
 - nazwę wyrobu medycznego wraz z kryteriami jego przyznania,
 - liczbę przetok i ich rodzaj w przypadku stomii albo umiejscowienie w przypadku innych wyrobów medycznych,
 - liczbę sztuk w przypadku zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne innych niż comiesięczne albo liczbę sztuk na miesiąc w przypadku zleceń comiesięcznych,
 - informację o pierwszym miesiącu zaopatrzenia comiesięcznego oraz liczbie miesięcy zaopatrzenia comiesięcznego w przypadku zleceń comiesięcznych,
 - b) dla soczewek okularowych – informacje umożliwiające prawidłowe wykonanie wyrobu medycznego, odpowiadające rodzajowi wady wzroku pacjenta oraz jego budowie anatomicznej;
- 7) szczególne informacje o dodatkowych wskazaniach osoby uprawnionej do wystawienia zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne: informację dotyczącą skrócenia okresu użytkowania wyrobu medycznego wraz z uzasadnieniem, jeżeli dotyczy;
- 8) szczególne informacje o osobie uprawnionej do wystawienia zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne:
- a) numer prawa wykonywania zawodu,
 - b) informację o wykonywanym zawodzie medycznym,
 - c) datę wystawienia zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne,
 - d) podpis i pieczętkę osoby uprawnionej do wystawienia zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne;
- 9) szczególne informacje umożliwiające dokonanie weryfikacji zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne:
- a) informacje umożliwiające ustalenie wyniku weryfikacji przez wskazanie, czy weryfikacja jest uznana za pozytywną czy negatywną, a w przypadku uznania weryfikacji za negatywną – informację o przyczynie negatywnej weryfikacji zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne,
 - b) kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia,
 - c) informacje potwierdzające dokonanie weryfikacji zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne przez wskazanie daty weryfikacji i sposobu jej dokonania,
 - d) informacje umożliwiające potwierdzenie limitu finansowania ze środków publicznych wyrobu medycznego:
 - ustalenie okresu, w którym zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne może zostać zrealizowane,
 - wskazanie danych niezbędnych do ustalenia limitu finansowania ze środków publicznych wyrobu medycznego: grupy, liczby porządkowej, kodu wyrobu medycznego, limitu finansowania ze środków publicznych wyrobu medycznego, wysokości procentowego udziału Narodowego Funduszu Zdrowia w limicie finansowania ze środków publicznych wyrobu medycznego,
 - umiejscowienie wyrobu medycznego, jeżeli dotyczy,
 - datę ważności potwierdzenia limitu finansowania ze środków publicznych wyrobu medycznego, jeżeli dotyczy,
 - e) informacje dla świadczeniobiorcy,
 - f) informację o weryfikacji zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne za pośrednictwem serwisów internetowych lub usług informatycznych Narodowego Funduszu Zdrowia, 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 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.³⁾), a w przypadku weryfikacji sporządzonej w postaci papierowej – podpis i pieczętkę pracownika oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia;

³⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 r. poz. 1515, 1532, 1544, 1552, 1669, 1925, 2192 i 2429 oraz z 2019 r. poz. 60, 303, 399 i 447.

- 10) szczegółowe informacje dotyczące przyjęcia do realizacji zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne:
 - a) datę przyjęcia zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne do realizacji,
 - b) informację potwierdzającą częściową realizację zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne,
 - c) informację dotyczącą miesiąca albo miesięcy, których dotyczy realizacja zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne;
- 11) szczegółowe informacje o świadczeniodawcy realizującym zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne:
 - a) nazwę świadczeniodawcy,
 - b) adres świadczeniodawcy: wskazanie państwa, kodu pocztowego, miejscowości, ulicy, numeru domu lub lokalu,
 - c) nazwę miejsca udzielania świadczeń,
 - d) adres miejsca udzielania świadczeń: wskazanie państwa, kodu pocztowego, miejscowości, ulicy, numeru domu lub lokalu,
 - e) REGON,
 - f) numer umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia,
 - g) kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 12) szczegółowe informacje dotyczące potwierdzenia posiadania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej:
 - a) informację wskazującą na wynik potwierdzenia posiadania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej za pośrednictwem serwisów internetowych lub usług informatycznych Narodowego Funduszu Zdrowia, 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, przez oznaczenie, że potwierdzono prawo do świadczeń opieki zdrowotnej albo nastąpiła odmowa potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej, ze wskazaniem daty dokonania tej czynności,
 - b) informację o potwierdzeniu posiadania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie dokumentu wraz z oznaczeniem rodzaju tego dokumentu, jego numeru oraz daty ważności,
 - c) informację o potwierdzeniu posiadania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie oświadczenia złożonego przez świadczeniobiorcę albo jego przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika albo opiekuna faktycznego w rozumieniu ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 r. poz. 1318, z późn. zm.⁴⁾) wraz ze wskazaniem daty złożenia oświadczenia;
- 13) szczegółowe informacje dotyczące sprawdzenia posiadanych przez świadczeniobiorcę uprawnień dodatkowych lub innych uprawnień:
 - a) informację o aktualności dotychczasowego uprawnienia dodatkowego lub innego uprawnienia na dzień wydania wyrobu medycznego na podstawie informacji, o których mowa w pkt 5,
 - b) informację dotyczącą posiadanych przez świadczeniobiorcę uprawnień dodatkowych lub innych uprawnień na podstawie informacji, o których mowa w pkt 5,
 - c) informację o aktualności dotychczasowego limitu finansowania ze środków publicznych wyrobu medycznego,
 - d) informację o zmianie ustalonego limitu finansowania ze środków publicznych wyrobu medycznego zawierającą dane dotyczące:
 - grupy i liczby porządkowej wyrobu medycznego,
 - kodu wyrobu medycznego,
 - umiejscowienia wyrobu medycznego, jeżeli dotyczy,
 - potwierdzonej liczby sztuk wyrobu medycznego,
 - limitu finansowania ze środków publicznych wyrobu medycznego,
 - wysokości procentowego udziału Narodowego Funduszu Zdrowia w limicie finansowania ze środków publicznych wyrobu medycznego,
 - daty ważności potwierdzenia limitu finansowania ze środków publicznych wyrobu medycznego, jeżeli dotyczy,

⁴⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2017 r. poz. 1524, z 2018 r. poz. 1115, 1515, 2219 i 2429 oraz z 2019 r. poz. 150 i 447.

- e) informację o terminie, od którego zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne jest możliwe do realizacji,
 - f) informację dotyczącą ważności zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne; w przypadku uznania zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne za nieważne należy wskazać przyczynę jego nieważności,
 - g) informację o kodzie oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia finansującego zaopatrzenie w wyrób medyczny – właściwego dla świadczeniobiorcy;
- 14) szczególne informacje dotyczące potwierdzenia wydania wyrobu medycznego u świadczeniodawcy:
- a) dane dotyczące wydanego wyrobu medycznego:
 - kod wyrobu medycznego,
 - umiejscowienie wyrobu medycznego, jeżeli dotyczy,
 - wytwórcę, model i nazwę handlową wyrobu medycznego,
 - liczbę wydanych sztuk wyrobu medycznego,
 - cenę detaliczną sztuki wyrobu medycznego,
 - kwotę refundacji wyrobu medycznego,
 - kwotę dopłaty świadczeniobiorcy do wyrobu medycznego,
 - łączną kwotę za wyrób medyczny,
 - b) dane potwierdzające wydanie wyrobu medycznego:
 - datę wydania wyrobu medycznego,
 - podpis i pieczętkę osoby wydającej wyrób medyczny;
- 15) szczególne informacje dotyczące potwierdzenia odbioru wyrobu medycznego:
- a) dane osoby upoważnionej do odbioru wyrobu medycznego (przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika albo opiekuna faktycznego w rozumieniu ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta) dotyczące adresu miejsca zamieszkania: wskazanie państwa, kodu pocztowego, miejscowości, ulicy, numeru domu lub lokalu albo informację o braku adresu miejsca zamieszkania,
 - b) w zakresie innych danych:
 - informację o odbiorze wyrobu medycznego realizowanego częściowo,
 - informację o miesiącu albo miesiącach, których dotyczy odbiór wyrobu medycznego,
 - informację o dacie odbioru wyrobu medycznego,
 - czytelny podpis świadczeniobiorcy albo osoby upoważnionej do odbioru wyrobu medycznego zawierający imię i nazwisko.

§ 3. Zlecenie naprawy wyrobu medycznego zawiera:

- 1) unikalny numer identyfikacyjny i unikalny numer identyfikacyjny w postaci kodu kreskowego nadany przez Narodowy Fundusz Zdrowia w celu identyfikacji zlecenia naprawy wyrobu medycznego;
- 2) szczególne dane świadczeniobiorcy dotyczące adresu miejsca zamieszkania: wskazanie państwa, kodu pocztowego, miejscowości, ulicy, numeru domu lub lokalu albo informację o braku adresu miejsca zamieszkania;
- 3) szczególne informacje o posiadanych przez świadczeniobiorcę uprawnieniach dodatkowych:
 - a) rodzaj dokumentu potwierdzającego uprawnienie dodatkowe,
 - b) numer dokumentu potwierdzającego uprawnienie dodatkowe, jeżeli dotyczy,
 - c) datę ważności dokumentu potwierdzającego uprawnienie dodatkowe, jeżeli dotyczy,
 - d) datę wystawienia dokumentu potwierdzającego uprawnienie dodatkowe, jeżeli dotyczy,
 - e) numer prawa wykonywania zawodu osoby, która wystawiła dokument potwierdzający uprawnienie dodatkowe, jeżeli dotyczy,
 - f) kod tytułu uprawnienia dodatkowego, jeżeli dotyczy;
- 4) szczególne informacje dotyczące wyrobu medycznego będącego przedmiotem naprawy:
 - a) grupę i liczbę porządkową wyrobu medycznego,
 - b) umiejscowienie wyrobu medycznego, jeżeli dotyczy,

- c) limit ceny naprawy wyrobu medycznego,
 - d) nazwę naprawianego wyrobu medycznego, wytwórcę, model, nazwę handlową wraz z uzasadnieniem obejmującym jednostkowe dane medyczne świadczeniobiorcy,
 - e) numer ewidencyjny zlecenia, na którego podstawie wydano wyrób medyczny będący przedmiotem naprawy;
- 5) informację mającą na celu poinformowanie świadczeniobiorcy, że w przypadku dokonania naprawy i wykorzystania części lub całości limitu naprawy okres użytkowania wyrobu medycznego ulega wydłużeniu proporcjonalnie do wykorzystanej części limitu naprawy, z zaokrągleniem w dół do pełnego miesiąca, wraz ze wskazaniem okresu, o który okres użytkowania wyrobu medycznego ulega wydłużeniu;
 - 6) datę oraz czytelny podpis świadczeniobiorcy potwierdzający zapoznanie się z informacją, o której mowa w pkt 5;
 - 7) inne informacje dla świadczeniobiorcy, jeżeli dotyczy;
 - 8) szczegółowe informacje umożliwiające weryfikację zlecenia naprawy wyrobu medycznego:
 - a) informacje umożliwiające ustalenie wyniku weryfikacji przez wskazanie, czy zostało potwierdzone uprawnienie do naprawy wyrobu medycznego; w przypadku odmowy naprawy wyrobu medycznego – informację o przyczynie odmowy naprawy wyrobu medycznego,
 - b) informacje potwierdzające dokonanie weryfikacji zlecenia naprawy wyrobu medycznego przez wskazanie daty weryfikacji i sposobu jej dokonania;
 - c) informację o weryfikacji zlecenia naprawy wyrobu medycznego za pośrednictwem serwisów internetowych lub usług informatycznych Narodowego Funduszu Zdrowia, 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, a w przypadku weryfikacji sporządzonej w postaci papierowej – podpis i pieczętkę pracownika oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia;
 - 9) datę przyjęcia zlecenia naprawy wyrobu medycznego do realizacji;
 - 10) szczegółowe dane świadczeniodawcy realizującego zlecenie naprawy wyrobu medycznego:
 - a) nazwę,
 - b) adres: wskazanie państwa, kodu pocztowego, miejscowości, ulicy, numeru domu lub lokalu,
 - c) REGON,
 - d) numer umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia,
 - e) kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia,
 - f) nazwę miejsca udzielania świadczeń,
 - g) adres miejsca udzielania świadczeń: wskazanie państwa, kodu pocztowego, miejscowości, ulicy, numeru domu lub lokalu;
 - 11) informację wskazującą na wynik weryfikacji ustalający ważność zlecenia naprawy wyrobu medycznego, limit finansowania ze środków publicznych naprawy wyrobu medycznego i inne dane mające wpływ na treść zlecenia na dzień wydania wyrobu medycznego;
 - 12) szczegółowe informacje dotyczące naprawionego wyrobu medycznego:
 - a) opis naprawionego wyrobu medycznego wraz z opisem naprawy,
 - b) łączną kwotę naprawy wyrobu medycznego,
 - c) kwotę finansowania ze środków publicznych naprawionego wyrobu medycznego,
 - d) dopłatę świadczeniobiorcy do naprawy wyrobu medycznego,
 - e) okres gwarancji naprawy wyrobu medycznego;
 - 13) szczegółowe informacje dotyczące potwierdzenia posiadania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej:
 - a) informację o potwierdzeniu posiadania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej albo odmowie potwierdzenia posiadania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej za pośrednictwem serwisów internetowych lub usług informatycznych Narodowego Funduszu Zdrowia, 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,

- b) informację o potwierdzeniu posiadania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie dokumentu wraz z oznaczeniem rodzaju tego dokumentu, jego numeru oraz daty ważności,
 - c) informację o potwierdzeniu posiadania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie oświadczenia złożonego przez świadczeniobiorcę albo jego przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika albo opiekuna faktycznego w rozumieniu ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta wraz ze wskazaniem daty złożenia oświadczenia;
- 14) szczegółowe informacje dotyczące sprawdzenia posiadanych przez świadczeniobiorcę uprawnień dodatkowych na podstawie informacji, o których mowa w pkt 3;
- 15) szczegółowe informacje dotyczące potwierdzenia wydania naprawionego wyrobu medycznego:
- a) datę wydania naprawionego wyrobu medycznego,
 - b) podpis i pieczętkę osoby wydającej naprawiony wyrób medyczny;
- 16) szczegółowe informacje dotyczące potwierdzenia odbioru naprawionego wyrobu medycznego:
- a) dane osoby upoważnionej do odbioru naprawionego wyrobu medycznego (przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika albo opiekuna faktycznego w rozumieniu ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta) dotyczące adresu miejsca zamieszkania: wskazanie państwa, kodu pocztowego, miejscowości, ulicy, numeru domu lub lokalu albo informację o braku adresu miejsca zamieszkania,
 - b) w zakresie innych danych:
 - datę odbioru naprawionego wyrobu medycznego,
 - czytelny podpis świadczeniobiorcy albo osoby upoważnionej do odbioru naprawionego wyrobu medycznego zawierający imię i nazwisko.

§ 4. Wzór zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne jest określony w załączniku nr 1 do rozporządzenia.

§ 5. Wzór zlecenia naprawy wyrobu medycznego jest określony w załączniku nr 2 do rozporządzenia.

§ 6. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.⁵⁾

Minister Zdrowia: wz. *J. Szczurek-Żelazko*

⁵⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2013 r. w sprawie wzoru zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz wzoru zlecenia naprawy (Dz. U. poz. 1678), które utraciło moc z dniem 1 października 2018 r. zgodnie z art. 12 pkt 2 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1515 i 2429).

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 21 marca 2019 r. (poz. 582)

Załącznik nr 1

WZÓR

ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE						1/7												
IDENTYFIKACJA ZLECENIA			<input type="checkbox"/> ZLECENIE		<input type="checkbox"/> KONTYNUACJA ZLECENIA ¹⁾													
Unikalny numer identyfikacyjny (nadany przez Narodowy Fundusz Zdrowia)			Unikalny numer identyfikacyjny w postaci kodu kreskowego (nadany przez Narodowy Fundusz Zdrowia)															
CZĘŚĆ I. WYSTAWIENIE ZLECENIA NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE (WYPEŁNIA OSOBA UPRAWNIIONA DO WYSTAWIENIA ZLECENIA NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE)																		
I.A. DANE PODMIOTU, W RAMACH KTÓREGO WYSTAWIONO ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE																		
I.A.1 Nazwa																		
I.A.2 Adres: wskazanie państwa, kodu pocztowego, miejscowości, ulicy, numeru domu lub lokalu																		
I.A.3 REGON ²⁾			I.A.4 Numer umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia (należy wypełnić w przypadku wykonywania umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia)		I.A.5 Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia (z którym została zawarta umowa – pkt I.A.4)													
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>																		
I.B. DANE ŚWIADCZENIOBIORCY																		
I.B.1 Imię (imiona)			I.B.2 Nazwisko															
I.B.3 Numer PESEL			I.B.4 Data urodzenia (należy wypełnić w przypadku, gdy świadczeniobiorca nie ma numeru PESEL)		I.B.5 Płeć (należy wypełnić w przypadku, gdy świadczeniobiorca nie ma numeru PESEL)													
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>																		
I.B.6 Identyfikator / Rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość (należy wypełnić w przypadku, gdy świadczeniobiorca nie ma numeru PESEL)			I.B.7 Identyfikator / Seria i numer (należy wypełnić w przypadku, gdy świadczeniobiorca nie ma numeru PESEL)															
<input type="checkbox"/> dowód osobisty <input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> inny ³⁾			<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>															
Adres miejsca zamieszkania																		
I.B.8 <input type="checkbox"/> brak adresu miejsca zamieszkania		I.B.9 Kod pocztowy	I.B.10 Miejscowość															
I.B.11 Ulica		I.B.12 Numer domu	I.B.13 Numer lokalu	I.B.14 Państwo														
I.BA. UPRAWNIENIA																		
I.BA.1 UPRAWNIENIE DODATKOWE, Z KTÓREGO BĘDZIE KORZYSTAŁ ŚWIADCZENIOBIORCA																		
	I.BA.2 Rodzaj dokumentu potwierdzającego uprawnienie dodatkowe	I.BA.3 Numer dokumentu potwierdzającego uprawnienie dodatkowe ⁴⁾	I.BA.4 Data ważności dokumentu potwierdzającego uprawnienie dodatkowe ⁴⁾	I.BA.5 Data wystawienia dokumentu potwierdzającego uprawnienie dodatkowe ⁴⁾	I.BA.6 Numer prawa wykonywania zawodu osoby uprawnionej, która wystawiła dokument potwierdzający uprawnienie dodatkowe ⁴⁾													
I.BA.7 Kod tytułu uprawnienia dodatkowego ⁴⁾																		
I.BB. INNE UPRAWNIENIA																		
I.BB.1 <input type="checkbox"/> kobieta w ciąży			I.BB.2 Tydzień ciąży w dniu wystawienia zlecenia ⁵⁾															

ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE						2/7																						
IDENTYFIKACJA ZLECENIA																												
Unikalny numer identyfikacyjny (nadany przez Narodowy Fundusz Zdrowia)			Unikalny numer identyfikacyjny w postaci kodu kreskowego (nadany przez Narodowy Fundusz Zdrowia)																									
I.C. OKREŚLENIE WYROBU MEDYCZNEGO																												
I.C.1 Wyrób medyczny inny niż soczewki okularowe																												
I.C.1.1 Grupa i liczba porządkowa wyrobu medycznego <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="width: 15px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																								I.C.1.2 Umiejscowienie wyrobu medycznego (nie dotyczy stomii) <input type="checkbox"/> lewostronne <input type="checkbox"/> prawostronne <input type="checkbox"/> nie dotyczy		I.C.1.3 Liczba przetok (dotyczy stomii)		
		I.C.1.4 Rodzaj przetok (dotyczy stomii) <input type="checkbox"/> urostomia <input type="checkbox"/> kolostomia <input type="checkbox"/> ileostomia <input type="checkbox"/> przetoka ślinowa <input type="checkbox"/> nefrostomia																										
I.C.1.5 Kod ICD10 (uzasadnienie obejmujące jednostkowe dane medyczne świadczeniobiorcy)		I.C.1.6 Liczba sztuk wyrobu medycznego (dotyczy zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne innych niż comiesięczne)	I.C.1.7 Liczba sztuk wyrobu medycznego na miesiąc (dotyczy comiesięcznych zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne)	I.C.1.8 Pierwszy miesiąc zaopatrzenia comiesięcznego (rok – miesiąc słownie)	I.C.1.9 Liczba miesięcy zaopatrzenia comiesięcznego (1– 6)																							
I.C.1.10 Nazwa wyrobu medycznego wraz z kryteriami jego przyznania ⁶⁾																												
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 NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE																												
I.D.1 <input type="checkbox"/> Skrócenie okresu użytkowania wyrobu medycznego, jeżeli dotyczy																												
I.D.2 Uzasadnienie skrócenia okresu użytkowania wyrobu medycznego																												
I.E. DANE OSOBY UPRAWNIONEJ DO WYSTAWIENIA ZLECENIA NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE																												
I.E.1 Numer prawa wykonywania zawodu osoby uprawnionej do wystawienia zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne		I.E.2 Zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne wystawione przez <input type="checkbox"/> lekarza <input type="checkbox"/> pielęgniarkę <input type="checkbox"/> położną <input type="checkbox"/> fizjoterapeutę <input type="checkbox"/> felczera																										
I.E.3 Data wystawienia zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne		I.E.4 Podpis i pieczęć osoby uprawnionej do wystawienia zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne																										

ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE

3/7

IDENTYFIKACJA ZLECENIA

Unikalny numer identyfikacyjny (nadany przez Narodowy Fundusz Zdrowia)

Unikalny numer identyfikacyjny w postaci kodu kreskowego (nadany przez Narodowy Fundusz Zdrowia)

CZĘŚĆ II. WERYFIKACJA ZLECENIA NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE (DOKONYWANA PRZEZ NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA ZA POŚREDNICTWEM SERWISÓW INTERNETOWYCH LUB USŁUG INFORMATYCZNYCH NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA ALBO BEZPOŚREDNIO W ODDZIALE WOJEWÓDZKIM NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA)**II.A. WYNIK WERYFIKACJI**

II.A.1 Wynik weryfikacji

 weryfikacja pozytywna weryfikacja negatywna

II.A.2 Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

II.AA. POTWIERDZENIE LIMITU FINANSOWANIA

II.AA.1 Realizacja zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne od dnia

II.AA.2 Końcowa data realizacji zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne

Lp.	II.AA.3 Grupa i liczba porządkowa wyrobu medycznego	II.AA.4 Kod wyrobu medycznego	II.AA.5 Umiejscowienie wyrobu medycznego (L – lewostronne, P – prawostronne), jeżeli dotyczy	II.AA.6 Potwierdzona liczba sztuk wyrobu medycznego	II.AA.7 Limit finansowania ze środków publicznych wyrobu medycznego	II.AA.8 Wysokość procentowego udziału Narodowego Funduszu Zdrowia w limicie finansowania ze środków publicznych wyrobu medycznego ⁷⁾	II.AA.9 Data ważności potwierdzenia limitu finansowania ze środków publicznych wyrobu medycznego ⁸⁾
1.							
2.							
3.							
4.							

II.AB. NEGATYWNY WYNIK WERYFIKACJI

II.AB.1 Przyczyna negatywnej weryfikacji zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne

II.AC. INFORMACJE DLA ŚWIADCZENIOBIORCY

II.AC.1 Informacje

II.B. POTWIERDZENIE WERYFIKACJI ZLECENIA NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE

II.B.1 Data weryfikacji

II.B.2 Weryfikacja za pośrednictwem serwisów internetowych lub usług informatycznych Narodowego Funduszu Zdrowia/Podpis i pieczęć pracownika oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia⁹⁾

ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE

4/7

IDENTYFIKACJA ZLECENIA

Unikalny numer identyfikacyjny (nadany przez Narodowy Fundusz Zdrowia)

Unikalny numer identyfikacyjny w postaci kodu kreskowego (nadany przez Narodowy Fundusz Zdrowia)

CZĘŚĆ III. REALIZACJA ZLECENIA NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE U ŚWIADCZENIODAWCY (WYPEŁNIA ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE)**III.A. PRZYJĘCIE DO REALIZACJI ZLECENIA NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE**

III.A.1 Data przyjęcia zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne do realizacji

III.A.2
 częściowa realizacja zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne

III.A.3 Miesiąc albo miesiące, których dotyczy realizacja zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne (słownie)

III.B DANE ŚWIADCZENIODAWCY REALIZUJĄCEGO ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE

III.B.1 Nazwa świadczeniodawcy

III.B.2 Nazwa miejsca udzielania świadczeń

III.B.3 Adres świadczeniodawcy: wskazanie państwa, kodu pocztowego, miejscowości, ulicy, numeru domu lub lokalu

III.B.4 Adres miejsca udzielania świadczeń: wskazanie państwa, kodu pocztowego, miejscowości, ulicy, numeru domu lub lokalu

III.B.5 Numer umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia świadczeniodawcy realizującego zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne

III.B.6 Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia¹⁰⁾III.B.7 REGON²⁾**III.C. DANE ŚWIADCZENIOBIORCY**

III.C.1 Imię (imiona)

III.C.2 Nazwisko

III.C.3 Numer PESEL

III.C.4 Data urodzenia (należy wypełnić w przypadku, gdy świadczeniobiorca nie ma numeru PESEL)

III.C.5 Płeć (należy wypełnić w przypadku, gdy świadczeniobiorca nie ma numeru PESEL)

III.C.6 Identyfikator / Rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość (należy wypełnić w przypadku, gdy świadczeniobiorca nie ma numeru PESEL)

 dowód osobisty paszport inny³⁾.....

III.C.7 Identyfikator / Seria i numer (należy wypełnić w przypadku, gdy świadczeniobiorca nie ma numeru PESEL)

Adres miejsca zamieszkania

III.C.8

 brak adresu miejsca zamieszkania

III.C.9 Kod pocztowy

III.C.10 Miejscowość

III.C.11 Ulica

III.C.12 Numer domu

III.C.13 Numer lokalu

III.C.14 Państwo

III.D. POTWIERDZENIE POSIADANIA PRAWA DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ, UPRAWNIENI DODATKOWYCH I INNYCH UPRAWNIENI (POTWIERDZENIE NA DZIEŃ REALIZACJI)**III.DA. POTWIERDZENIE POSIADANIA PRAWA DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ (DOKONYWANE PRZEZ NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA ZA POŚREDNICTWEM SERWISÓW INTERNETOWYCH LUB USŁUG INFORMATYCZNYCH NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA)**

III.DA.1

 potwierdzenie posiadania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej

III.DA.2

 odmowa potwierdzenia posiadania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej

III.DA.3 Data potwierdzenia/odmowy

III.DB. POTWIERDZENIE POSIADANIA PRAWA DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ NA PODSTAWIE DOKUMENTU (WYPEŁNIA ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE)

III.DB.1 Rodzaj dokumentu potwierdzającego posiadanie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej

III.DB.2 Numer dokumentu potwierdzającego posiadanie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej (jeżeli dotyczy)

III.DB.3 Data ważności dokumentu potwierdzającego posiadanie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej (jeżeli dotyczy)

III.DC. POTWIERDZENIE POSIADANIA PRAWA DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ NA PODSTAWIE OŚWIADCZENIA (WYPEŁNIA ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE)

III.DC.1 Data złożenia oświadczenia

III.DC.2 Podstawa ustalenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej

III.DC.3 Osoba składająca oświadczenie

 świadczeniobiorca przedstawiciel ustawowy opiekun prawny opiekun faktyczny pełnomocnik

ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE

5/7

IDENTYFIKACJA ZLECENIA

Unikalny numer identyfikacyjny (nadany przez Narodowy Fundusz Zdrowia)

Unikalny numer identyfikacyjny w postaci kodu kreskowego (nadany przez Narodowy Fundusz Zdrowia)

III.DD. SPRAWDZENIE UPRAWNIENÍ DODATKOWYCH ORAZ INNYCH UPRAWNIENÍ NA DZIEŃ WYDANIA WYROBU MEDYCZNEGO

III.DD.1 Aktualność dotychczasowego uprawnienia dodatkowego na dzień wydania wyrobu medycznego

 aktualny nieaktualny

	III.DD.2 Rodzaj dokumentu potwierdzającego uprawnienie dodatkowe	III.DD.3 Numer dokumentu potwierdzającego uprawnienie dodatkowe ⁴⁾	III.DD.4 Data ważności dokumentu potwierdzającego uprawnienie dodatkowe ⁴⁾	III.DD.5 Data wystawienia dokumentu potwierdzającego uprawnienie dodatkowe ⁴⁾	III.DD.6 Numer prawa wykonywania zawodu osoby uprawnionej, która wystawiła dokument potwierdzający uprawnienie dodatkowe ⁴⁾
III.DD.7 Kod tytułu uprawnienia dodatkowego ⁴⁾					

III.DE. INNE UPRAWNIENIA

III. DE.1 Kobieta w ciąży

 tak nie**III.E. SPRAWDZENIE AKTUALNOŚCI DOTYCHCZASOWEGO LIMITU FINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH WYROBU MEDYCZNEGO NA DZIEŃ ODBIORU WYROBU MEDYCZNEGO**

III.E.1 Aktualność dotychczasowego limitu finansowania

 aktualny nieaktualny**III.EA. ZMIANA USTALONEGO LIMITU FINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH WYROBU MEDYCZNEGO**

Lp.	III.EA.1 Grupa i liczba porządkowa wyrobu medycznego	III.EA.2 Kod wyrobu medycznego	III.EA.3 Umiejscowienie wyrobu medycznego (L – lewostronne, P – prawostronne), jeżeli dotyczy	III.EA.4 Potwierdzona liczba sztuk wyrobu medycznego	III.EA.4 Limit finansowania ze środków publicznych wyrobu medycznego	III.EA.5 Wysokość procentowego udziału Narodowego Funduszu Zdrowia w limicie finansowania ze środków publicznych wyrobu medycznego ⁷⁾	III.EA.6 Data ważności potwierdzenia limitu finansowania ze środków publicznych wyrobu medycznego ⁸⁾
1.							
2.							
3.							
4.							

III.F. INNE DANE DOTYCZĄCE POTWIERDZENIA ZLECENIA NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE NA DZIEŃ WYDANIA WYROBU MEDYCZNEGOIII.F.1 Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia¹¹⁾ (finansującego zaopatrzenie w wyroby medyczne)

III.F.2 Realizacja zlecenia możliwa od dnia

III.F.3 Ważność zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne

 ważne nieważne

III.F.4 Powód negatywnej weryfikacji (należy wypełnić, jeżeli pole III.F.3 oznaczono jako nieważne)

ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE

6/7

IDENTYFIKACJA ZLECENIA

Unikalny numer identyfikacyjny (nadany przez Narodowy Fundusz Zdrowia)

Unikalny numer identyfikacyjny w postaci kodu kreskowego (nadany przez Narodowy Fundusz Zdrowia)

III.G. DANE DOTYCZĄCE WYDANEGO WYROBU MEDYCZNEGO (WYPEŁNIA ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE)

Lp.	III.G.1 Kod wyrobu medycznego	III.G.2 Umiejscowienie wyrobu medycznego (L – lewostronne, P – prawostronne), jeżeli dotyczy	III.G.3 Wytwórca, model i nazwa handlowa wyrobu medycznego	III.G.4 Liczba wydanych sztuk wyrobu medycznego	III.G.5 Cena detaliczna sztuki wyrobu medycznego

III.G.6 łączna kwota za wyrób medyczny

III.G.7 Kwota refundacji wyrobu medycznego

III.G.8 Kwota dopłaty świadczeniobiorcy do wyrobu medycznego

III.H. POTWIERDZENIE WYDANIA WYROBU MEDYCZNEGO (WYPEŁNIA ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE)

III.H.1 Data wydania wyrobu medycznego

III.H.2 Podpis i pieczęć osoby wydającej wyrób medyczny

III.I. POTWIERDZENIE ODBIORU WYROBU MEDYCZNEGO (WYPEŁNIA ŚWIADCZENIOBIORCA ALBO OSOBA UPOWAŻNIONA DO ODBIORU WYROBU MEDYCZNEGO)

III.I.1 Świadczeniobiorca albo osoba upoważniona do odbioru wyrobu medycznego

 świadczeniobiorca przedstawiciel ustawowy opiekun prawny opiekun faktyczny pełnomocnik

III.I.2 Imię/imiona

III.I.3 Nazwisko

III.I.4 Numer PESEL

III.I.5 Identyfikator / Rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość (należy wypełnić w przypadku, gdy świadczeniobiorca lub osoba upoważniona do odbioru nie ma numeru PESEL)

 dowód osobisty paszport inny³⁾

III.I.6 Identyfikator / Seria i numer (należy wypełnić w przypadku, gdy świadczeniobiorca lub osoba upoważniona do odbioru wyrobu medycznego nie ma numeru PESEL)

Adres miejsca zamieszkania

III.I.7

 brak adresu miejsca zamieszkania

III.I.8 Kod pocztowy

III.I.9 Miejscowość

III.I.10 Ulica

III.I.11 Numer domu

III.I.12 Numer lokalu

III.I.13 Państwo

III.I.14

 odbiór wyrobu medycznego realizowanego częściowo

III.I.15 Miesiąc albo miesiące, których dotyczy odbiór wyrobu medycznego (należy wypełnić, jeżeli wypełniono III.I.14)

III.I.16 Data odbioru wyrobu medycznego

III.I.17 Czytelny podpis świadczeniobiorcy albo osoby upoważnionej do odbioru wyrobu medycznego (imię i nazwisko)

Objaśnienia:

- 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 znaków dla praktyk zawodowych albo 14 znaków dla jednostek organizacyjnych, które swoje siedziby mają w różnych województwach.
- ³⁾ W przypadku zaznaczenia pola „inny” należy wpisać rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość oraz państwo wydania dokumentu.
- ⁴⁾ Należy wypełnić, jeżeli dokument potwierdzający uprawnienie dodatkowe zawiera daną informację.
- ⁵⁾ Należy wypełnić zgodnie z kartą ciąży lub innym dokumentem.
- ⁶⁾ 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 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1844, z późn. zm.). W przypadku zaopatrzenia obustronnego należy określić kryterium dla każdej strony osobno.
- ⁷⁾ Wysokość udziału własnego świadczeniobiorcy 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.
- ⁸⁾ Ważność potwierdzonego limitu finansowania ze środków publicznych wyrobu medycznego uzależniona jest od wielu danych, np. wieku, informacji, czy kobieta jest w ciąży.
- ⁹⁾ Pieczęćka jest wymagana wyłącznie w przypadku dokumentu weryfikowanego przez pracownika oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.
- ¹⁰⁾ Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, z którym świadczeniodawca zawarł umowę.
- ¹¹⁾ Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia właściwy dla świadczeniobiorcy.

WZÓR

ZLECENIE NAPRAWY WYROBU MEDYCZNEGO						1/5
IDENTYFIKACJA ZLECENIA NAPRAWY WYROBU MEDYCZNEGO						
Unikalny numer identyfikacyjny (nadany przez Narodowy Fundusz Zdrowia)			Unikalny numer identyfikacyjny w postaci kodu kreskowego (nadany przez Narodowy Fundusz Zdrowia)			
CZĘŚĆ I. ZLECENIE NAPRAWY WYROBU MEDYCZNEGO I WERYFIKACJA UPRAWNIENIA DO NAPRAWY WYROBU MEDYCZNEGO (WYPEŁNIA ODDZIAŁ WOJEWÓDZKI NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA)						
I.A. DANE ŚWIADCZENIOBIORCY						
I.A.1 Imię (imiona)			I.A.2 Nazwisko			
I.A.3 Numer PESEL			I.A.4 Data urodzenia (należy wypełnić w przypadku, gdy świadczeniobiorca nie ma numeru PESEL)		I.A.5 Płeć (należy wypełnić w przypadku, gdy świadczeniobiorca nie ma numeru PESEL)	
I.A.6 Identyfikator / Rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość (należy wypełnić w przypadku, gdy świadczeniobiorca nie ma numeru PESEL)			I.A.7 Identyfikator / Seria i numer (należy wypełnić w przypadku, gdy świadczeniobiorca nie ma numeru PESEL)			
<input type="checkbox"/> dowód osobisty <input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> inny ¹⁾			<input type="checkbox"/>			
Adres miejsca zamieszkania						
I.A.8		I.A.9 Kod pocztowy		I.A.10 Miejscowość		
<input type="checkbox"/> brak adresu miejsca zamieszkania						
I.A.11 Ulica			I.A.12 Numer domu	I.A.13 Numer lokalu	I.A.14 Państwo	
I.AA. UPRAWNIENIE DODATKOWE, Z KTÓREGO BĘDZIE KORZYSTAŁ ŚWIADCZENIOBIORCA						
	I.AA.1 Rodzaj dokumentu potwierdzającego uprawnienie dodatkowe	I.AA.2 Numer dokumentu potwierdzającego uprawnienie dodatkowe ²⁾	I.AA.3 Data ważności dokumentu potwierdzającego uprawnienie dodatkowe ²⁾	I.AA.4 Data wystawienia dokumentu potwierdzającego uprawnienie dodatkowe ²⁾	I.AA.5 Numer prawa wykonywania zawodu osoby uprawnionej, która wystawiła dokument potwierdzający uprawnienie dodatkowe ²⁾	
I.AA.6 Kod tytułu uprawnienia dodatkowego ²⁾						
.....						
I.B. OKREŚLENIE WYROBU MEDYCZNEGO BĘDĄCEGO PRZEDMIOTEM NAPRAWY WRAZ Z UZASADNIENIEM OBEJMUJĄCYM JEDNOSTKOWE DANE MEDYCZNE ŚWIADCZENIOBIORCY						
I.B.1 Wyrób medyczny						
I.B.1.1 Grupa i liczba porządkowa wyrobu medycznego			I.B.1.2 Umiejscowienie wyrobu medycznego		I.B.1.3 Limit ceny naprawy wyrobu medycznego	
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> lewostronne <input type="checkbox"/> prawostronne <input type="checkbox"/> nie dotyczy			
I.B.1.4 Nazwa naprawianego wyrobu medycznego, wytwórca, model, nazwa handlowa wraz z uzasadnieniem obejmującym jednostkowe dane medyczne świadczeniobiorcy					I.B.1.5 Numer ewidencyjny zlecenia, na którego podstawie wydano wyrób medyczny będący przedmiotem naprawy	

ZLECENIE NAPRAWY WYROBU MEDYCZNEGO

2/5

IDENTYFIKACJA ZLECENIA NAPRAWY WYROBU MEDYCZNEGO

Unikalny numer identyfikacyjny (nadany przez Narodowy Fundusz Zdrowia)

Unikalny numer identyfikacyjny w postaci kodu kreskowego (nadany przez Narodowy Fundusz Zdrowia)

I.C. INFORMACJE

Zostałem poinformowany, że w przypadku dokonania naprawy i wykorzystania części lub całości limitu naprawy okres użytkowania wyrobu medycznego ulega wydłużeniu proporcjonalnie do wykorzystanej części limitu naprawy, z zaokrągleniem w dół do pełnego miesiąca.

I.C.1 Okres użytkowania wyrobu medycznego ulega wydłużeniu do

I.C.2 Czytelny podpis świadczeniobiorcy (Imię i nazwisko)

I.C.3 Data

I.CA. INNE INFORMACJE

I.CA.1 Inne informacje dla świadczeniobiorcy

I.D. WYNIK WERYFIKACJI WRAZ Z POTWIERDZENIEM UPRAWNIENIA DO NAPRAWY WYROBU MEDYCZNEGO

I.D.1 Data weryfikacji

I.D.2 Potwierdzone uprawnienie do naprawy

 tak nie

I.D.3 Przyczyna odmowy naprawy wyrobu medycznego

I.D.4 Weryfikacja za pośrednictwem serwisów internetowych lub usług informatycznych Narodowego Funduszu Zdrowia/Podpis i pieczęć pracownika oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia³⁾

ZLECENIE NAPRAWY WYROBU MEDYCZNEGO			3/5																					
IDENTYFIKACJA ZLECENIA NAPRAWY WYROBU MEDYCZNEGO																								
Unikalny numer identyfikacyjny (nadany przez Narodowy Fundusz Zdrowia)	Unikalny numer identyfikacyjny w postaci kodu kreskowego (nadany przez Narodowy Fundusz Zdrowia)																							
CZĘŚĆ II. REALIZACJA ZLECENIA NAPRAWY WYROBU MEDYCZNEGO U ŚWIADCZENIODAWCY																								
II.A. REALIZACJA ZLECENIA NAPRAWY WYROBU MEDYCZNEGO U ŚWIADCZENIODAWCY (WYPEŁNIA ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY NAPRAWĘ WYROBU MEDYCZNEGO)																								
II.A.1 Data przyjęcia zlecenia naprawy wyrobu medycznego do realizacji																								
II.B. DANE ŚWIADCZENIODAWCY REALIZUJĄCEGO ZLECENIE NAPRAWY WYROBU MEDYCZNEGO (WYPEŁNIA ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY NAPRAWĘ WYROBU MEDYCZNEGO)																								
II.B.1 Nazwa	II.B.2 Nazwa miejsca udzielania świadczeń																							
II.B.3 Adres: wskazanie państwa, kodu pocztowego, miejscowości, ulicy, numeru domu lub lokalu	II.B.4 Adres miejsca udzielania świadczeń: wskazanie państwa, kodu pocztowego, miejscowości, ulicy, numeru domu lub lokalu																							
II.B.5 REGON świadczeniodawcy ⁴⁾																								
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> </tr> </table>																								
II.B.6 Numer umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia		II.B.7 Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia																						
II.C. WYNIK WERYFIKACJI USTALAJĄCY WAŻNOŚĆ ZLECENIA NAPRAWY WYROBU MEDYCZNEGO, LIMIT FINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH NAPRAWY WYROBU MEDYCZNEGO I INNE DANE MAJĄCE WPŁYW NA TREŚĆ ZLECENIA NA DZIEŃ WYDANIA WYROBU MEDYCZNEGO (WYPEŁNIA ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY NAPRAWĘ WYROBU MEDYCZNEGO)																								
II.C.1 Ważność zlecenia <input type="checkbox"/> ważne <input type="checkbox"/> nieważne	II.C.2 Limit finansowania ze środków publicznych naprawy wyrobu medycznego	II.C.3 Dane mające wpływ na treść zlecenia naprawy wyrobu medycznego ⁵⁾																						
II.D. DANE DOTYCZĄCE NAPRAWIONEGO WYROBU MEDYCZNEGO (WYPEŁNIA ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY NAPRAWĘ WYROBU MEDYCZNEGO)																								
II.D.1 Opis naprawionego wyrobu medycznego wraz z opisem naprawy																								
II.D.2 Łączna kwota naprawy wyrobu medycznego	II.D.3 Kwota finansowania ze środków publicznych naprawionego wyrobu medycznego	II.D.4 Dopłata świadczeniobiorcy do naprawy wyrobu medycznego	II.D.5 Okres gwarancji naprawy wyrobu medycznego																					
II.E. SPOSÓB POTWIERDZENIA POSIADANIA PRAWA DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ (WYPEŁNIA ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY NAPRAWĘ WYROBU MEDYCZNEGO)																								
II.EA. POTWIERDZENIE POSIADANIA PRAWA DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ ZA POŚREDNICTWEM SERWISÓW INTERNETOWYCH LUB USŁUG INFORMATYCZNYCH NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA (POTWIERDZENIE NA DZIEŃ REALIZACJI NAPRAWY WYROBU MEDYCZNEGO)																								
II.EA.1 <input type="checkbox"/> potwierdzenie posiadania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej	II.EA.2 <input type="checkbox"/> odmowa potwierdzenia posiadania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej		II.EA.3 Data potwierdzenia/odmowy																					
II.EB. POTWIERDZENIE POSIADANIA PRAWA DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ NA PODSTAWIE DOKUMENTU																								
II.EB.1 Rodzaj dokumentu potwierdzającego posiadanie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej	II.EB.2 Numer dokumentu potwierdzającego posiadanie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej	II.EB.3 Data ważności dokumentu potwierdzającego posiadanie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej																						
II.EC. POTWIERDZENIE POSIADANIA PRAWA DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ NA PODSTAWIE OŚWIADCZENIA																								
II.EC.1 Data złożenia oświadczenia		II.EC.2 Podstawa ustalenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej																						
II.EC.3 Osoba składająca oświadczenie <input type="checkbox"/> świadczeniobiorca <input type="checkbox"/> przedstawiciel ustawowy <input type="checkbox"/> opiekun prawny <input type="checkbox"/> opiekun faktyczny <input type="checkbox"/> pełnomocnik																								

ZLECENIE NAPRAWY WYROBU MEDYCZNEGO

4/5

IDENTYFIKACJA ZLECENIA NAPRAWY WYROBU MEDYCZNEGO

Unikalny numer identyfikacyjny (nadany przez Narodowy Fundusz Zdrowia)

Unikalny numer identyfikacyjny w postaci kodu kreskowego (nadany przez Narodowy Fundusz Zdrowia)

II.ED. UPRAWNIENIE DODATKOWE, Z KTÓREGO SKORZYSTAŁ ŚWIADCZENIOBIORCA (WYPEŁNIA ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY NAPRAWĘ WYROBU MEDYCZNEGO)

	II.ED.1 Rodzaj dokumentu potwierdzającego uprawnienie dodatkowe	II.ED.2 Numer dokumentu potwierdzającego uprawnienie dodatkowe ²⁾	II.ED.3 Data ważności dokumentu potwierdzającego uprawnienie dodatkowe ²⁾	II.ED.4 Data wystawienia dokumentu potwierdzającego uprawnienie dodatkowe ²⁾	II.ED.5 Numer prawa wykonywania zawodu osoby uprawnionej, która wystawiła dokument potwierdzający uprawnienie dodatkowe ²⁾
II.ED.6 Kod tytułu uprawnienia dodatkowego ²⁾					

II.F. POTWIERDZENIE WYDANIA NAPRAWIONEGO WYROBU MEDYCZNEGO (WYPEŁNIA ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY NAPRAWĘ WYROBU MEDYCZNEGO)

II.F.1 Data wydania naprawionego wyrobu medycznego	II.F.2 Podpis i pieczęć osoby wydającej naprawiony wyrób medyczny
--	---

II.G. POTWIERDZENIE ODBIORU NAPRAWIONEGO WYROBU MEDYCZNEGO (WYPEŁNIA ŚWIADCZENIOBIORCA ALBO OSOBA UPOWAŻNIONA DO ODBIORU WYROBU MEDYCZNEGO)

II.G.1 Świadczeniobiorca albo osoba upoważniona do odbioru wyrobu medycznego <input type="checkbox"/> świadczeniobiorca <input type="checkbox"/> przedstawiciel ustawowy <input type="checkbox"/> opiekun prawny <input type="checkbox"/> opiekun faktyczny <input type="checkbox"/> pełnomocnik																								
II.G.2 Imię (imiona)	II.G.3 Nazwisko	II.G.4 Numer PESEL <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>																						
II.G.5 Identyfikator / Rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość <small>(należy wypełnić w przypadku, gdy świadczeniobiorca albo osoba upoważniona do odbioru wyrobu medycznego nie ma numeru PESEL)</small> <input type="checkbox"/> dowód osobisty <input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> inny ¹⁾		II.G.6 Identyfikator / Seria i numer <small>(należy wypełnić w przypadku, gdy świadczeniobiorca lub osoba upoważniona do odbioru wyrobu medycznego nie ma numeru PESEL)</small> <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>																						
Adres miejsca zamieszkania																								
II.G.7 <input type="checkbox"/> brak adresu miejsca zamieszkania	II.G.8 Kod pocztowy	II.G.9 Miejscowość																						
II.G.10 Ulica	II.G.11 Numer domu	II.G.12 Numer lokalu	II.G.13 Państwo																					
II.G.14 Data odbioru naprawionego wyrobu medycznego	II.G.15 Czytelny podpis świadczeniobiorcy albo osoby upoważnionej do odbioru naprawionego wyrobu medycznego (imię i nazwisko)																							

Objaśnienia:

- ¹⁾ W przypadku zaznaczenia pola „inny” należy wpisać rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość oraz państwo wydania dokumentu.
- ²⁾ Należy wypełnić, jeżeli dokument potwierdzający uprawnienie dodatkowe zawiera daną informację.
- ³⁾ Pieczętka jest wymagana wyłącznie w przypadku dokumentu weryfikowanego przez pracownika oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.
- ⁴⁾ Numer identyfikacyjny REGON. Należy wskazać REGON – 9 znaków dla praktyk zawodowych albo 14 znaków dla jednostek organizacyjnych, które swoje siedziby mają w różnych województwach.
- ⁵⁾ Należy wypełnić, jeżeli występują dane mające wpływ na treść zlecenia naprawy (np. większy zakres naprawy, niż wskazano w zleceniu).