Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia

z dnia ……………. (poz. …………)

Załącznik nr 1

*Wzór\**

|  |  |
| --- | --- |
| **ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE** |  |
| **IDENTYFIKACJA ZLECENIA**  | **□ ZLECENIE**  | **□ KONTYNUACJA ZLECENIA 1)** |  |
|  |
|  | **Unikalny numer identyfikacyjny** (nadany przez NFZ) | **Kod kreskowy** (nadany przez NFZ) |  |
|  |
| **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 lub pieczątka zawierająca dane z pól I.A.1-3** |  |
| **I.A.3 REGON2)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
|  |
| **I.B. DANE PACJENTA** |
|  | **I.B.1 Imię (imiona)**  | **I.B.2 Nazwisko**  |  |
| **I.B.3 Numer PESEL**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 | **I.B.4 Data urodzenia3)**  | **I.B.5 Płeć3)** | **I.B.6 Symbol państwa, jeżeli dotyczy4)**  | **I.B.7 Rodzaj i numer dokumentu uprawniającego do uzyskania przez pacjenta świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, jeżeli dotyczy**  |
|  |
| **I.B.8 Rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość3)**   | **I.B.9 Seria i numer3)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| **□**paszport **□**inny5)......................................................................... |
| **I.BA. UPRAWNIENIA**  **I.BA.1 UPRAWNIENIE DODATKOWE LUB INNE UPRAWNIENIE, Z KTÓREGO BĘDZIE KORZYSTAŁ PACJENT** |
|  |  | **I.BA.2 Rodzaj dokumentu potwierdzającego uprawnienie dodatkowe lub wpisanie litery „C” na oznaczenie kobiety w ciąży** | **I.BA.3 Numer dokumentu z pkt I.BA.26)** | **I.BA.4 Data ważności dokumentu z pkt I.BA.26)** | **I.BA.5 Data wystawienia dokumentu z pkt I.BA.26)** | **I.BA.6 Numer prawa wykonywania zawodu osoby uprawnionej, która wystawiła dokument potwierdzający uprawnienie dodatkowe, jeżeli dotyczy6)** |  |  |
| **I.BA.7 Kod tytułu uprawnienia dodatkowego6)****…………………...** |  |  |  |  |  |
|  |

**Objaśnienia:**

\*Wzór może być edytowany w ten sposób, że właściwe jego komórki mogą być powiększane, jeżeli jest to niezbędne do zamieszczenia w danej komórce wymaganej informacji, której objętość wykracza poza rozmiar tej komórki określony we wzorze.

1) Dotyczy wyrobów medycznych przysługujących comiesięcznie (wypełnia osoba uprawniona do wystawienia zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne).

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

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

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

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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|

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

 |
| **I.C. OKREŚLENIE WYROBU MEDYCZNEGO** |
|  | **I.C.1 Wyrób medyczny7)** |  |
| **I.C.1.1 Grupa i liczba porządkowa**  | **I.C.1.2 Umiejscowienie** (nie dotyczy stomii) |
| **□** lewostronne □prawostronne □nie dotyczy  |
| **I.C.1.3 Liczba przetok** (dotyczy stomii) | **I.C.1.4 Rodzaj przetok** (dotyczy stomii)□ urostomia □ kolostomia □ ileostomia □ przetoka ślinowa □ nefrostomia |
| **I.C.1.5 Kod ICD-10** (uzasadnienie obejmujące jednostkowe dane medyczne pacjenta) | **I.C.1.6 Liczba sztuk** (dotyczy zleceń innych niż comiesięczne) | **I.C.1.7 Liczba sztuk na miesiąc** (dotyczy comiesięcznych zleceń) | **I.C.1.8 Pierwszy miesiąc zaopatrzenia comiesięcznego** (format: MM-RRRR) | **I.C.1.9 Liczba miesięcy zaopatrzenia comiesięcznego** (1– 12) |
| **I.C.1.10 Nazwa wyrobu medycznego** | **I.C.1.11 Kryteria przyznania wyrobu medycznego8)** |
|  |
|  | **I.C.2 Soczewki okularowe** |  |
|  |  | Sfera | Cylinder | Oś | Pryzma |  |  |
| Do dali | OP |  |  |  |  | Odległość źrenic .............. mm |
| OL |  |  |  |  |
| Do bliży | OP |  |  |  |  |
| OL |  |  |  |  |
|  |
| **I.D. DODATKOWE WSKAZANIA OSOBY UPRAWNIONEJ DO WYSTAWIENIA ZLECENIA**  |
|  | **I.D.1 □** Skrócenie okresu użytkowania wyrobu medycznego, jeżeli dotyczy |  |
| **I.D.2 Uzasadnienie skrócenia okresu użytkowania**  |
|  |
| **I.E. DANE OSOBY UPRAWNIONEJ DO WYSTAWIENIA ZLECENIA**  |
|  | **I.E.1 Numer prawa wykonywania zawodu lub pieczątka zawierająca dane z pól I.E.1 i I.E.3** |  |
| **I.E.2 Data wystawienia** | **I.E.3 Imię (imiona) i nazwisko**  | **I.E.4 Podpis**  |
|  |

**Objaśnienia:**

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

8) 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 2019 r. poz. 784, 999 i 1096). W przypadku zaopatrzenia obustronnego należy określić kryterium dla każdej strony osobno.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|

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

 |
| **CZĘŚĆ II. WERYFIKACJA ZLECENIA** (DOKONYWANA PRZEZ NFZ ZA POŚREDNICTWEM SERWISÓW INTERNETOWYCH LUB USŁUG INFORMATYCZNYCH NFZ ALBO BEZPOŚREDNIO W ODDZIALE WOJEWÓDZKIM NFZ – WÓWCZAS DRUKUJE OSOBA UPRAWNIONA DO WYSTAWIENIA ZLECENIA) |
| **II.A. WYNIK WERYFIKACJI**

|  |  |
| --- | --- |
| **II.A.1 Wynik weryfikacji****□** pozytywna **□** negatywna | **II.A.2 Kod oddziału wojewódzkiego NFZ9)**  |
|  |
| **II.AA.1 Realizacja zlecenia od dnia** | **II.AA.2 Końcowa data realizacji zlecenia**  |

 |
|  |
| **II.B. POTWIERDZENIE LIMITU FINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH WYROBU MEDYCZNEGO** |
|  | **II.B.1 Grupa i liczba porządkowa** | **II.B.2 Kod wyrobu medycznego**  | **II.B.3 Umiejscowienie** **(L– lewostronne,** **P– prawostronne),****jeżeli dotyczy** | **II.B.4 Potwierdzona liczba sztuk** | **II.B.5 Limit finansowania**  | **II.B.6 Wysokość procentowego udziału NFZ w limicie finansowania10)** | **II.B.7 Data ważności potwierdzenia limitu finansowania11)** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| **II.C. PRZYCZYNA NEGATYWNEJ WERYFIKACJI** (JEŻELI DOTYCZY) |
|  |  |  |
|  |
| **II.D.** **INFORMACJE DLA PACJENTA**

|  |
| --- |
|  |

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

**Objaśnienia:**

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

10) Wysokość udziału własnego pacjenta w limicie finansowania ze środków publicznych została określona w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|

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

 |
| **CZĘŚĆ III. REALIZACJA ZLECENIA U ŚWIADCZENIODAWCY** (WYPEŁNIA I DRUKUJE ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE WEDŁUG STANU NA DZIEŃ PRZYJĘCIA DO REALIZACJI 12)) |
| **III.A. PRZYJĘCIE DO REALIZACJI ZLECENIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **III.A.1 Data przyjęcia do realizacji**  | **III.A.2** **□** częściowa realizacja zlecenia  | **III.A.3 Miesiąc albo miesiące, których dotyczy realizacja zlecenia** (słownie)  |

**III.B DANE ŚWIADCZENIODAWCY REALIZUJĄCEGO ZLECENIE**  |
|  | **III.B.1 Nazwa świadczeniodawcy** | **III.B.2 REGON13)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |  |
|  | **III.B.3 Adres miejsca udzielania świadczeń: kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer domu lub lokalu** | **III.B.4 Numer umowy z NFZ** |  |
|  |
| **III.C. POTWIERDZENIE POSIADANIA PRAWA DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ I LIMITU FINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **III.C.1 Czy pacjent posiada prawo do świadczeń opieki zdrowotnej?** □ TAK □ NIE □ TAK-OŚWIADCZENIE14)  | **III.C.2 Czy pacjent dysponuje nowymi uprawnieniami dodatkowymi lub innymi uprawnieniami?**□ TAK □ NIE  | **III.C.3 Rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego uprawnienia dodatkowe z pkt III.C.2**  |
| **III.C.4 Czy zmiana wieku pacjenta wpływa na limit finansowania?**□ TAK □ NIE □ NIE DOTYCZY | **III.C.5 Czy nastąpiła zmiana limitu finansowania?**□ TAK □ NIE | **III.C.6 Limit finansowania** | **III.C.7 Wysokość procentowego udziału NFZ w limicie finansowania** |

 |
| **CZĘŚĆ IV. POTWIERDZENIE WYDANIA WYROBU MEDYCZNEGO** (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 Wytwórca, model, nazwa handlowa i numer seryjny15)** | **IV.A.4 Liczba wydanych sztuk**  | **IV.A.5 Cena detaliczna sztuki**  | **IV.A.6 Informacja o miesiącu lub miesiącach, których dotyczy odbiór częściowy, jeżeli dotyczy** |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **IV.A.7 Łączna kwota**  | **IV.A.8 Kwota refundacji**  | **IV.A.9 Kwota dopłaty pacjenta**  |

**.** |
| **IV.B. POTWIERDZENIE WYDANIA WYROBU MEDYCZNEGO** (WYPEŁNIA ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE) |
|  | **IV.B.1 Data wydania** | **IV.B.2 Imię (imiona), nazwisko i podpis**  |  |
|  |
| **IV.C. POTWIERDZENIE ODBIORU WYROBU MEDYCZNEGO** (WYPEŁNIA OSOBA ODBIERAJĄCA) |
|  | **IV.C.1 Osoba odbierająca** **□** pacjent□ inna osoba odbierająca |  |
|  | **IV.C.2 Imię (imiona)16)** | **IV.C.3 Nazwisko16)** | **IV.C.4 Numer PESEL16)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |  |
| **IV.C.5** **Rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość16)** (należy wypełnić w przypadku, gdy osoba odbierająca nie ma numeru PESEL) | **IV.C.6 Seria i numer16)** (należy wypełnić w przypadku, gdy osoba odbierająca nie ma numeru PESEL)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| □paszport □inny17)........................................................................ |
| **IV.C.7 Data odbioru** | **IV.C.8 Czytelny podpis osoby odbierającej zawierający imię (imiona) i nazwisko** |
|  |

**Objaśnienia:**

12) W przypadku realizowania zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne częściami świadczeniodawca realizujący zlecenie każdorazowo przy wydaniu wyrobu medycznego drukuje części III i IV wzoru.

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

14) Należy zaznaczyć w przypadku złożenia przez pacjenta albo jego przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika albo opiekuna faktycznego oświadczenia o potwierdzeniu posiadania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej.

15) Numer seryjny należy wpisać, jeżeli został on nadany wydawanej sztuce wyrobu medycznego.

16) Wypełnia się w przypadku, gdyosobą odbierającą jest inna osoba niż pacjent. W przypadku pacjenta wypełnia się, jeżeli dane pacjenta zamieszczone w sekcji I.B. uległy zmianie.

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