Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia

z dnia ……………. (Dz.U. poz…………)

Załącznik 1

|  |  |
| --- | --- |
| **ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE**  | **1/6** |
| **IDENTYFIKACJA ZLECENIA**  | **□ ZLECENIE PIERWOTNE1** | **□ KONTYNUACJA1** |  |
|  |
|  | **Unikalny numer identyfikacyjny** (nadany przez NFZ) | **Unikalny numer identyfikacyjny w postaci kodu kreskowego** (nadany przez NFZ) |  |
|  |
| **CZĘŚĆ I. WYSTAWIENIE ZLECENIA NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE** (WYPEŁNIA OSOBA UPRAWNIONA DO WYSTAWIENIA ZLECENIA) |
| **I.A. DANE ZAKŁADU LECZNICZEGO / PRAKTYKI ZAWODOWEJ WYSTAWIAJĄCEGO ZLECENIE** |
|  | **I.A.1 Nazwa** |  |
| **I.A.2 Adres** |
| **I.A.3 REGON 2**

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

 | **I.A.4 Nr umowy Świadczeniodawcy** (o ile dotyczy) | **I.A.5 Kod OW NFZ** (o ile dotyczy) |
|  |
| **I.B. DANE ŚWIADCZENIOBIORCY** |
|  | **I.B.1 Nazwisko** | **I.B.2 Imię (imiona)** |  |
| **I.B.3 PESEL**

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

 | **I.B.4 Data urodzenia** (wypełniane, gdy Świadczeniobiorca nie ma nr PESEL) | **I.B.5 Płeć** (wypełniane, gdy Świadczeniobiorca nie ma nr PESEL) |
|  |  |
| **I.B.6 Identyfikator / Rodzaj dokumentu na podstawie którego stwierdzono tożsamość** (wypełniany, gdy Świadczeniobiorca nie ma nr PESEL) | **I.B.7 Identyfikator / Seria i numer** (wypełniany, gdy Świadczeniobiorca nie ma nr PESEL)

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

 |
| **□**dowód osobisty **□**paszport **□**inny................................................. |
| **I.B.8** □ Brak adresuzamieszkania | **I.B.9 Kod pocztowy** | **I.B.10 Miejscowość** |
| **I.B.11 Ulica** | **I.B.12 Nr domu** | **I.B.13 Nr lokalu** | **I.B.14 Kraj** |
|  |  |  |
| **I.BA. UPRAWNIENIA SZCZEGÓLNE**  **I.BA.1 UPRAWNIENIE DODATKOWE Z KTÓREGO BĘDZIE KORZYSTAŁ ŚWIADCZENIOBIORCA** |
|  |  | **I.BA.2 Rodzaj dokumentu** | **I.BA.3 Nr dokumentu** (o ile dotyczy) | **I.BA.4 Data ważności** (o ile dotyczy) | **I.BA.5 Data wystawienia**  | **I.BA.6 Nr prawa wykonywania zawodu osoby uprawnionej, która wystawiła dokument potwierdzający uprawnienie dodatkowe** (o ile dotyczy) |  |
| **I.BA.7 Kod tytułu uprawnienia dodatkowego****…………………...** |  |  |  |  |  |
|  **I.BB. INNE UPRAWNIENIA**

|  |  |
| --- | --- |
| **I.BB.1****□** Kobieta w ciąży | **I.BB.2 Przewidywana data porodu**  |

 |
| **ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE** | **2/6** |
| **IDENTYFIKACJA ZLECENIA**  |  |  |  |
|  | **Unikalny numer identyfikacyjny** (nadany przez NFZ) | **Unikalny numer identyfikacyjny w postaci kodu kreskowego** (nadany przez NFZ) |  |
|  |
| **I.C. OKREŚLENIE WYROBU MEDYCZNEGO** |
|  | **I.C.1 Wyrób medyczny inny niż soczewki okularowe** |  |
| **I.C.1.1 Grupa i liczba porządkowa wyrobu medycznego** (wg słownika NFZ)

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

 | **I.C.1.2 Umiejscowienie** | **I.C.1.3 Liczba przetok** (dot. stomii) |
| **□** lewostronne □prawostronne □nie dotyczy  |  |
| **I.C.1.4 Rodzaj** (dot. stomii)□ urostomia □ kolostomia □ ileostomia □ przetoka ślinowa □ nefrostomia |
| **I.C.1.5 Kod ICD10** (Uzasadnienie obejmujące jednostkowe dane medyczne) | **I.C.1.6 Liczba sztuk** (dot. zleceń innych niż comiesięczne) | **I.C.1.7 Liczba sztuk na miesiąc** (dot. zleceń comiesięcznych) | **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 3** |
|  |
|  | **I.C.2 Soczewki okularowe** |  |
|  |  | Sfera | Cylinder | Oś | Pryzma |  |  |
| Do dali | OP |  |  |  |  | Odległość źrenic .............. mm |
| OL |  |  |  |  |
| Do bliży | OP |  |  |  |  | Odległość źrenic .............. mm |
| OL |  |  |  |  |
|  |
| **I.D. DODATKOWE WSKAZANIA OSOBY WYSTAWIAJĄCEJ ZLECENIE**  |
|  | **I.D.1 □** Skrócenie okresu użytkowania użytkowanego wyrobu medycznego |  |
| **I.D.2 Uzasadnienie dla skrócenia okresu użytkowania** |
|  |
| **I.E. DANE OSOBY WYSTAWIAJĄCEJ ZLECENIE** |
|  | **I.E.1 Nr prawa wykonywania zawodu osoby wystawiającej zlecenie** | **I.E.2 Zlecenie wystawione przez****□** lekarza **□** pielęgniarkę **□** położną **□** fizjoterapeutę **□** felczera |  |
| **I.E.3 Data wystawienia zlecenia** | **I.E.4 Podpis i pieczątka albo odpowiadające im narzędzia elektroniczne** |
|  |
| **ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE** | **3/6** |
| **IDENTYFIKACJA ZLECENIA**  |  |  |  |
|  | **Unikalny numer identyfikacyjny** (nadany przez NFZ) | **Unikalny numer identyfikacyjny w postaci kodu kreskowego** (nadany przez NFZ) |  |
|  |
| **CZĘŚĆ II. WERYFIKACJA ZLECENIA NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE** (DOKONYWANA PRZEZ NFZ Z UŻYCIEM SYSTEMU INFORMATYCZNEGO ALBO BEZPOŚREDNIO W ODDZIALE WOJEWÓDZKIM NFZ) |
| **II.A. WYNIK WERYFIKACJI**

|  |  |
| --- | --- |
| **II.A.1 Wynik weryfikacji****□** weryfikacja pozytywna **□** weryfikacja negatywna | **II.A.2 Kod OW NFZ** |

 |
|  |
| **II.AA. POTWIERDZENIE LIMITU FINANSOWANIA**

|  |  |
| --- | --- |
| **II.AA.1 Realizacja zlecenia od dnia** | **II.AA.2 Końcowa data realizacji zlecenia** |

 |
|  | **Lp.** | **II.AA.3 Grupa i liczba porządkowa** | **II.AA.4 Kod wyrobu medycznego** (według słownika NFZ) | **II.AA.5 Umiejscowienie (L-lewostronne, P-prawostronne)**(o ile dotyczy) | **II.AA.6 Potwierdzona liczba sztuk**  | **II.AA.7 Limit finansowania ze środków publicznych**  | **II.AA.8 Wysokość % udziału NFZ w limicie finansowania wyrobu3** | **II.AA.9 Data ważności potwierdzenia limitu4**(o ile dotyczy) |  |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| **II.AB. NEGATYWNY WYNIK WERYFIKACJI** |
|  | **II.AB.1 Przyczyna negatywnej weryfikacji zlecenia** |  |
|  |
| **II.AC.** **INFORMACJE DLA ŚWIADCZENIOBIORCY**

|  |
| --- |
| **II.AC.1 Informacje**  |

 |
| **II.B. POTWIERDZENIE WERYFIKACJI ZLECENIA** |
|  | **II.B.1 Data weryfikacji** | **II.B.2 Weryfikacja elektroniczna / Podpis i pieczątka pracownika OW NFZ albo odpowiadające im narzędzia elektroniczne** |  |
|  |
| **ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE** | **4/6** |
| **IDENTYFIKACJA ZLECENIA**  |  |  |  |
|  |
|  | **Unikalny numer identyfikacyjny** (nadany przez NFZ) | **Unikalny numer identyfikacyjny w postaci kodu kreskowego** (nadany przez NFZ) |  |
|  |
| **CZĘŚĆ III. REALIZACJA ZLECENIA NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE U ŚWIADCZENIODAWCY WRAZ Z CZYNNOŚCIAMI SPRAWDZAJĄCYMI** (WYPEŁNIA ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE) |
| **III.A. PRZYJĘCIE DO REALIZACJI ZLECENIA**

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

**III.B DANE ŚWIADCZENIODAWCY REALIZUJĄCEGO ZLECENIE WRAZ Z MIEJSCEM UDZIELNIA ŚWIADCZEŃ** |
|  | **III.B.1 Oznaczenie Świadczeniodawcy** | **III.B.2 Miejsce udzielenia świadczenia** |  |
| **III.B.3 Adres Świadczeniodawcy**  | **III.B.4 Adres miejsca udzielenia świadczenia** |
| **III.B.5 Nr umowy Świadczeniodawcy realizującego zlecenie**  | **III.B.6 Kod OW NFZ** |
| **III.B.7 REGON Świadczeniodawcy 2**

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

 |
|  |
| **III.C. DANE ŚWIADCZENIOBIORCY**  |
|  | **III.C.1 Dane świadczeniobiorcy** **□** dane nie uległy zmianie **□** dane uległy zmianie |  |  |
|  | **III.C.2 Nazwisko** | **III.C.3 Imię (imiona)** |  |
| **III.C.4 PESEL**

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

 | **III.C.5 Data urodzenia** (wypełniane, gdy Świadczeniobiorca nie ma nr PESEL) | **III.C.6 Płeć** (wypełniane, gdy Świadczeniobiorca nie ma nr PESEL) |
|  |  |
| **III.C.7 Identyfikator / Rodzaj dokumentu na podstawie, którego stwierdzono tożsamość** (wypełniany, gdy Świadczeniobiorca nie ma nr PESEL) | **III.C.8 Identyfikator / Seria i numer** (wypełniany, gdy Świadczeniobiorca nie ma nr PESEL)

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

**.** |
|  dowód osobisty paszport inny ....................................................... |
| **III.C.9** **□** Brak adresu | **III.C.10 Kod pocztowy** | **III.C.11 Miejscowość** |
| **III.C.12 Ulica** | **III.C.13 Nr domu** | **III.C.14 Nr lokalu** | **III.C.15 Kraj** |
|  |  |  |
|  |
| **III.D. POTWIERDZENIE PRAWA DO ŚWIADCZEŃ I INNYCH UPRAWNIEŃ** (POTWIERDZENIE NA DZIEŃ REALIZACJI)**III.DA. ELEKTRONICZNE POTWIERDZENIE PRAWA DO ŚWIADCZEŃ** (DOKONYWANA PRZEZ NFZ Z UŻYCIEM SYSTEMU INFORMATYCZNEGO)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **III.DA.1** **□** Potwierdzono prawo do świadczeń  | **III.DA.2** **□** Odmowa potwierdzenia prawa do świadczeń | **III.DA.3 Data potwierdzenia/odmowy** |

**III.DB. POTWIERDZENIE PRAWA DO ŚWIADCZEŃ NA PODSTWIE DOKUMENTU** (WYPEŁNIA ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **III.DB.1 Rodzaj dokumentu** | **III.DB.2 Numer dokumentu**(o ile dotyczy) | **III.DB.3 Data ważności** (o ile dotyczy) |

**III.DC. POTWIERDZENIE PRAWA DO ŚWIADCZEŃ NA PODSTWIE 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 **□** Rodzic  **□** Opiekun ustawowy/prawny niebędący rodzicem **□** Opiekun faktyczny **□** Pełnomocnik |

**.** |
| **ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE** | **5/6** |
| **IDENTYFIKACJA ZLECENIA**  |  |  |  |
|  | **Unikalny numer identyfikacyjny** (nadany przez NFZ) | **Unikalny numer identyfikacyjny w postaci kodu kreskowego** (nadany przez NFZ) |  |
|  |
| **III.DD. SPRAWDZENIE UPRAWNIEŃ DODATKOWYCH I INNYCH NA DZIEŃ WYDANIA WYROBU**

|  |
| --- |
| **III.DD.1 Aktualność dotychczasowego uprawnienia dodatkowego na dzień wydania wyrobu****□** aktualny **□** nieaktualny |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **III.DD.2 Rodzaj dokumentu** | **III.DD.3 Nr dokumentu** (o ile występuje) | **III.DD.4 Data ważności** (o ile występuje) | **III.DD.5 Data wystawienia**  | **III.DD.6 Nr prawa wykonywania zawodu osoby uprawnionej, która wystawiła dokument potwierdzający uprawnienie dodatkowe**  (o ile dotyczy) |
| **III.DD.7**Kod tytułu uprawnienia dodatkowego………………………. |  |  |  |  |  |
|  |

**III.DE. INNE UPRAWNIENIA**

|  |
| --- |
| **III. DE.1** **Kobieta w ciąży** □ tak □ nie |

 |
| **III.E. SPRAWDZENIE PRAWIDŁOWEGO LIMITU FINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH NA DZIEŃ ODBIORU**

|  |  |
| --- | --- |
| **III.E.1 Aktualność dotychczasowego limitu****□** aktualny  **□** nieaktualny |  |

**III.EA. ZMIANA USTALONEGO LIMITU**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **III.EA.1 Grupa i liczba porządkowa** | **III.EA.2 Kod wyrobu medycznego** (według słownika NFZ) | **III.EA.3 Umiejscowienie** **(L-lewostronne,** **P-prawostronne)** | **III.EA.4 Potwierdzona liczba sztuk** | **III.EA.4 Limit finansowania ze środków publicznych** | **III.EA.5 Wysokość % udziału NFZ w** **w limicie finansowania wyrobu 3** | **III.EA.6 Data ważności potwierdzenia limitu4** (o ile dotyczy) |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| **III.F.INNE DANE DOTYCZĄCE POTWIERDZENIA ZLECENIA NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE NA DZIEŃ WYDANIA WYROBU**

|  |  |
| --- | --- |
| **III.F.1 Kod OW NFZ** (finansujący zaopatrzenie) | **III.F.2 Realizacja zlecenia możliwa od dnia** |

 |
|  |
|

|  |  |
| --- | --- |
| **III.F.3 Ważność zlecenia** **□** ważne **□** nieważne | **III.F.4 Powód negatywnej weryfikacji** (wypełniane, jeżeli pole III.F.3 oznaczono, jako nieważne) |

 |
| **ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE** | **6/6** |
| **IDENTYFIKACJA ZLECENIA**  |  |  |  |
|  | **Unikalny numer identyfikacyjny** (nadany przez NFZ) | **Unikalny numer identyfikacyjny w postaci kodu kreskowego** (nadany przez NFZ) |  |
|  |
| **III.G. DANE DOTYCZĄCE WYDANEGO WYROBU MEDYCZNEGO** (WYPEŁNIA ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **III.G.1 Kod wyrobu** | **III.G.2 Umiejscowienie** | **III.G.3 Wytwórca, model, nazwa handlowa** | **III.G.4 Liczba wydanych szt.** | **III.G.5 Cena detaliczna szt.** |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **III.G.6 Kwota łącznie** | **III.G.7 Kwota refundacji**  | **III.G.8 Kwota dopłaty Świadczeniobiorcy** |

**.** |
| **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 pieczątka osoby wydającej zlecenie albo odpowiadające im narzędzia elektroniczne** |  |
|  |
| **III.I. POTWIERDZENIE ODBIORU WYROBU MEDYCZNEGO** (WYPEŁNIA ŚWIADCZENIOBIORCA ALBO OSOBA UPOWAŻNIONA DO ODBIORU) |
|  | **III.I.1 Osoba odbierająca wyrób medyczny****□** Świadczeniobiorca□ Rodzic **□** Opiekun ustawowy/prawny niebędący rodzicem **□** Opiekun faktyczny **□** Pełnomocnik |  |
|  | **III.I.2 Nazwisko** (osoby odbierającej) | **III.I.3 Imię/imiona** (osoby odbierającej) | **III.I.4 PESEL**

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

 |  |
| **III.I.5** **Identyfikator / Rodzaj dokumentu na podstawie którego stwierdzono tożsamość** (wypełniany, gdy Świadczeniobiorca lub osoba upoważniona do odbioru nie ma nr PESEL) | **III.I.6 Identyfikator / Seria i numer** (wypełniany, gdy Świadczeniobiorca lub osoba upoważniona do odbioru nie ma nr PESEL)

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

 |
| □dowód osobisty □paszport □inny ................................................... |
| **III.I.7** □ Brak adresu zamieszkania | **III.I.8 Kod pocztowy** | **III.I.9 Miejscowość** |
| **III.I.10 Ulica** | **III.I.11 Nr domu** | **III.I.12 Nr lokalu** | **III.I.13 Kraj** |
| **III.I.14** **□** Odbiór wyrobu realizowanego częściowo | **III.I.15 Miesiąc/miesiące, których dotyczy odbiór** (wypełniane jeżeli wypełniono III.I.14) |
| **III.I.16 Data odbioru** | **III.I.17 Czytelny podpis osoby odbierającej wyrób medyczny (imię i nazwisko)** |
|  |

**Objaśnienia:**

1 Dotyczy wyrobów medycznych przysługujących comiesięcznie (wypełnia osoba uprawniona wystawiająca zlecenie)

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

3Określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art. 38 ust.4 Ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. W przypadku zapatrzenia obustronnego należy określić kryterium dla każdej strony osobno

4 Ważność potwierdzonego limitu uzależniona jest od innych danych np. wiek, informacji, czy kobieta jest w ciąży itp.