Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia ……………….

Załącznik nr 2

|  |  |
| --- | --- |
| **ZLECENIE NAPRAWY WYROBU MEDYCZNEGO** | **1/4** |
| **IDENTYFIKACJA ZLECENIA NAPRAWY WYROBU MEDYCZNEGO** |  |  |
|  |
|  |
|  | **Unikalny numer identyfikacyjny** (nadany przez NFZ) | **Unikalny numer identyfikacyjny w postaci kodu kreskowego** (nadany przez NFZ) |  |
|  |
| **CZĘŚĆ I. ZLECENIE NAPRAWY WYROBU MEDYCZNEGO I WERYFIKACJA UPRAWNIENIA DO NAPRAWY WYROBU MEDYCZNEGO** (WYPEŁNIA ODDZIAŁ NFZ) |
| **I.A. DANE ŚWIADCZENIOBIORCY** |
|  | **I.A.1 Nazwisko** | **I.A.2 Imię (imiona)** |  |
| **I.A.3 PESEL**

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

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

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

 |
| **□**dowód osobisty **□**paszport **□**inny................................................... |
| **I.A.8** □ Brak adresu zamieszkania | **I.A.9 Kod pocztowy** | **I.A.10 Miejscowość** |
| **I.A.11 Ulica** | **I.A.12 Nr domu** | **I.A.13 Nr lokalu** | **I.A.14 Kraj** |
|  |  |  |
|  |
| **I.AA. UPRAWNIENIE DODATKOWE Z KTÓREGO BĘDZIE KORZYSTAŁ ŚWIADCZENIOBIORCA 2** |
|

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **I.AA.1 Rodzaj dokumentu** | **I.AA.2 Nr dokumentu** (o ile dotyczy) | **I.AA.3 Data ważności** (o ile dotyczy) | **I.AA.4 Data wystawienia**  | **I.AA.5 Nr prawa wykonywania zawodu osoby uprawnionej, która wystawiła dokument potwierdzający uprawnienie dodatkowe** (o ile dotyczy) |
| **I.AA.6 Kod tytułu uprawnienia dodatkowego****…………………..** |  |  |  |  |  |

**.** |
| **I.B. OKREŚLENIE NAPRAWIANEGO WYROBU MEDYCZNEGO**  |
|  | **I.B.1 Wyrób medyczny** |  |
| **I.B.1.1 Grupa i liczba porządkowa wyrobu medycznego** (według słownika NFZ)

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

 | **I.B.1.2 Umiejscowienie** | **I.B.1.3 Limit ceny naprawy**  |
| **□** lewostronne □prawostronne □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 podstawie, którego wydano wyrób, który podlega naprawie** |
|  |
| **ZLECENIE NAPRAWY WYROBU MEDYCZNEGO** | **2/4** |
| **IDENTYFIKACJA ZLECENIA NAPRAWY WYROBU MEDYCZNEGO** |  |  |
|  |
|  | **Unikalny numer identyfikacyjny** (nadany przez NFZ) | **Unikalny numer identyfikacyjny w postaci kodu kreskowego** (nadany przez NFZ) |  |
|  |
|  | **I.C. INFORMACJE**  |  |
|  | Zostałem poinformowany, że w przypadku dokonania naprawy i wykorzystaniu części lub całości tego limitu 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 osoby wnioskującej** (Imię i nazwisko) | **I.C.3 Data** (o ile dotyczy) |
|  |
| **I.CA. DODATKOWE INFORMACJE**

|  |
| --- |
| **I.CA.1 Dodatkowe informacje dla Świadczeniobiorcy** |

 |
| **I.D. WYNIK WERYFKACJI WRAZ Z POTWIERDZENIEM**

|  |  |
| --- | --- |
| **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 Podpis i pieczątka pracownika OW NFZ** |

 |
| **ZLECENIE NAPRAWY WYROBU MEDYCZNEGO** | **3/4** |
| **IDENTYFIKACJA ZLECENIA NAPRAWY WYROBU MEDYCZNEGO** |  |  |
|  |
|  | **Unikalny numer identyfikacyjny** (nadany przez NFZ) | **Unikalny numer identyfikacyjny w postaci kodu kreskowego** (nadany przez NFZ) |  |
|  |
| **CZĘŚĆ II. REALIZACJA ZLECENIA NAPRAWY WYROBU MEDYCZNEGO U ŚWIADCZENIODAWCY** (WYPEŁNIA ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE) |
| **II.A. REALIZACJA ZLECENIA** (WYPEŁNIA ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY NAPRAWĘ WYROBU MEDYCZNEGO)

|  |
| --- |
| **II.A.1 Data przyjęcia zlecenia do realizacji** |

**II.B. DANE ŚWIADCZENIODAWCY REALIZUJĄCEGO ZLECENIE WRAZ Z MIEJSCEM UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ**  |
|  | **II.B.1 Oznaczenie Świadczeniodawcy** | **II.B.2 Miejsce udzielania świadczenia** |  |
| **II.B.3 Adres Świadczeniodawcy** | **II.B.4 Adres miejsca udzielania świadczeń** |
| **II.B.5 REGON Świadczeniodawcy1**

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

 |
| **II.B.6 Nr umowy Świadczeniodawcy realizującego zlecenie**  | **II.B.7 Kod OW NFZ**  |
|  |
| **II.C. CZYNNOŚCI SPRAWDZAJĄCE I INNE DANE DOTYCZĄCE POTWIERDZENIA ZLECENIA NAPRAWY WYROBU MEDYCZNEGO (NA DZIEŃ WYDANIA)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **II.C.1 Ważność zlecenia** **□** ważne  **□** nieważne | **II.C.2 Limit ceny naprawy** | **II.C.3 Dane mające wpływ na treść zlecenia naprawy** (o ile dotyczy) |
|  |  |

 |
| **II.D. DANE DOTYCZĄCE NAPRAWIONEGO WYROBU MEDYCZNEGO** (WYPEŁNIA ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY NAPRAWĘ)

|  |
| --- |
| **II.D.1 Opis naprawianego wyrobu wraz z opisem naprawy** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **II.D.2 Kwota łącznie** | **II.D.3 Kwota refundacji** | **II.D.4 Dopłata Świadczeniobiorcy** | **II.D.5 Okres gwarancji naprawy produktu** |

 |
| **II.E. SPOSÓB POTWIERDZENIA PRAWA DO ŚWIADCZEŃ** (WYPEŁNIA ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY NAPRAWĘ) |
| **II.EA. ELEKTRONICZNE POTWIERDZENIE PRAWA DO ŚWIADCZEŃ** (POTWIERDZENIE NA DZIEŃ REALIZACJI) |
|  | **II.EA.1** **□** Potwierdzono prawo do świadczeń | **II.EA.2** **□** Odmowa potwierdzenia prawa do świadczeń | **II.EA.3 Data potwierdzenia/odmowy** |  |
| **II.EB. POTWIERDZENIE PRAWA DO ŚWIADCZEŃ NA PODSTAWIE DOKUMENTU** |
|  | **II.EB.1 Rodzaj dokumentu** | **II.EB.2 Numer dokumentu** | **II.EB.3 Data ważności** |  |
| **II.EC. POTWIERDZENIE PRAWA DO ŚWIADCZENIA 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**□ Świadczeniobiorca □ Rodzic □ Opiekun ustawowy/prawny niebędący rodzicem □ Opiekun faktyczny □ Pełnomocnik |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ZLECENIE NAPRAWY WYROBU MEDYCZNEGO** | **4/4** |
| **IDENTYFIKACJA ZLECENIA NAPRAWY WYROBU MEDYCZNEGO** |  |  |
|  |
|  |
|  | **Unikalny numer identyfikacyjny** (nadany przez NFZ) | **Unikalny numer identyfikacyjny w postaci kodu kreskowego** (nadany przez NFZ) |  |
|  |
| **II.ED. UPRAWNIENIE DODATKOWE Z KTÓREGO SKORZYSTAŁ ŚWIADCZENIOBIORCA 2** |

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **II.ED.1 Rodzaj dokumentu** | **II.ED.2 Nr dokumentu** (o ile dotyczy) | **II.ED.3 Data ważności** (o ile dotyczy) | **II.ED.4 Data wystawienia**  | **II.ED.5 Nr prawa wykonywania zawodu osoby uprawnionej, która wystawiła dokument potwierdzający uprawnienie dodatkowe** (o ile dotyczy) |
| **II.ED.6 Kod tytułu uprawnienia dodatkowego****…………………..** |  |  |  |  |  |

**.** |
| **II.F. POTWIERDZENIE WYDANIA NAPRAWIONEGO WYROBU MEDYCZNEGO** (WYPEŁNIA ŚWIADCZENIODAWCA NAPRAWIAJACY WYRÓB MEDYCZNY)

|  |  |
| --- | --- |
| **II.F.1 Data wydania wyrobu medycznego** | **II.F.2 Podpis i pieczątka osoby wydającej naprawiony wyrób medyczny** |

**II.G. POTWIERDZENIE ODBIORU NAPRAWIONEGO WYROBU MEDYCZNEGO** (WYPEŁNIA ŚWIADCZENIOBIORCA LUB OSOBA UPOWAŻNIONA DO ODBIORU) |
|  | **II.G.1 Osoba odbierająca naprawiony wyrób medyczny**□ Świadczeniobiorca □ Rodzic □ Opiekun ustawowy/prawny niebędący rodzicem □ Opiekun faktyczny □ Pełnomocnik |  |
|  | **II.G.2 Nazwisko** (osoby odbierającej) | **II.G.3 Imię (imiona)** (osoby odbierającej) | **II.G.4 PESEL**

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

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

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

 |
| □dowód osobisty □paszport □inny ................................................... |
| **II.G.7** □ Brak adresuzamieszkania | **II.G.8 Kod pocztowy** | **II.G.9 Miejscowość** |
| **II.G.10 Ulica** | **II.G.11 Nr domu** | **II.G.12 Nr lokalu** | **II.G.13 Ulica** |
| **II.G.14 Data odbioru** | **II.G.15 Czytelny podpis osoby odbierającej naprawiony wyrób medyczny (imię i nazwisko)** |
|  |

**Objaśnienia:**

1 Numer REGON 9 znakowy albo 14 znakowy

2 Dotyczy uprawnień, które maja wpływ na realizację zlecenia naprawy (np. brak wydłużenia okresu używalności wyrobu)