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 Nazwa2)** | | | | **I.A.2 Adres miejsca udzielania świadczeń: państwo, kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer domu lub lokalu albo pieczątka zawierająca dane z pkt I.A.1-3** | | | | | | | | |  |
| **I.A.3 REGON2) 3)**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **I.B. DANE PACJENTA** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **I.B.1 Imię (imiona)** | | | | | | | **I.B.2 Nazwisko** | | | | | |  |
| **I.B.3 Numer PESEL**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | **I.B.4 Data urodzenia4)** | | | | | | **I.B.5 Płeć4)** | |
|  | |
| **I.B.6 Identyfikator / Rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość4)** | | | | | | | | **I.B.7 Identyfikator / Seria i numer4)**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | |
| **□**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 „C” na oznaczenie kobiety w ciąży** | **I.BA.3 Numer dokumentu z pkt I.BA.2** 6) | | | | | | | **I.BA.4 Data ważności dokumentu z pkt I.BA.2** 6) | | **I.BA.5 Data wystawienia dokumentu z pkt I.BA.2** 6) | |  |
| **I.BA.6 Kod tytułu uprawnienia dodatkowego**6)  **…………………...** |  |  | | | | | | |  | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |

**Objaśnienia:**

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

2) Nie wypełnia się jeżeli w pkt I.A.2 wstawiono pieczątkę

3) Numer identyfikacyjny REGON. Należy wskazać REGON – 9 znaków dla praktyk zawodowych albo 14 znaków dla jednostek organizacyjnych, które swoje siedziby mają w różnych województwach.

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

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.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **I.C. OKREŚLENIE WYROBU MEDYCZNEGO** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **I.C.1 Wyrób medyczny inny niż soczewki okularowe** | | | | | | | | | | | | | |  |
| **I.C.1.1 Grupa i liczba porządkowa**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | | **I.C.1.2 Umiejscowienie** (nie dotyczy stomii) | | | | | | **I.C.1.3 Liczba przetok** (dotyczy stomii) | |
| **□** lewostronne □prawostronne □nie dotyczy | | | | | |  | |
| **I.C.1.4 Rodzaj przetok** (dotyczy stomii)  □ urostomia □ kolostomia □ ileostomia □ przetoka ślinowa □ nefrostomia | | | | | | | |
| **I.C.1.5 Kod ICD10** (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** (rok – miesiąc słownie) | | | | **I.C.1.9 Liczba miesięcy zaopatrzenia comiesięcznego** (1– 12) |
| **I.C.1.10 Nazwa wraz z kryteriami przyznania7)** | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **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, jeżeli dotyczy | | | | | | | | | | | | | |  |
| **I.D.2 Uzasadnienie skrócenia okresu użytkowania** | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **I.E. DANE OSOBY UPRAWNIONEJ DO WYSTAWIENIA ZLECENIA** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **I.E.1 Numer prawa wykonywania zawodu** | | | | | | | | | | | | | |  |
| **I.E.2 Data wystawienia** | | | | **I.E.3 Imię (imiona) i nazwisko** | | | | | | **I.E.4 Podpis** | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |

**Objaśnienia:**

7) 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). W przypadku zaopatrzenia obustronnego należy określić kryterium dla każdej strony osobno.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CZĘŚĆ II. WERYFIKACJA ZLECENIA** (DOKONYWANA PRZEZ NFZ ZA POŚREDNICTWEM SERWISÓW INTERNETOWYCH LUB USŁUG INFORMATYCZNYCH NFZ ALBO BEZPOŚREDNIO W OW NFZ– WÓWCZAS DRUKUJE OSOBA UPRAWNIONA DO WYSTAWIENIA ZLECENIA) | | | | | | | | | | |
| **II.A. WYNIK WERYFIKACJI**   |  |  | | --- | --- | | **II.A.1 Wynik weryfikacji**  **□** pozytywna **□** negatywna | | |  | | | **II.AA.1 Realizacja zlecenia od dnia** | **II.AA.2 Końcowa data realizacji zlecenia** | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **II.B. POTWIERDZENIE LIMITU FINANSOWANIA WYROBU MEDYCZNEGO** | | | | | | | | | | |
|  | **Lp.** | **II.B.3 Grupa i liczba porządkowa** | **II.B.4 Kod** | **II.B.5 Umiejscowienie**  **(L– lewostronne,**  **P– prawostronne),**  **jeżeli dotyczy** | | **II.B.6 Potwierdzona liczba sztuk** | **II.B.7 Limit finansowania** | **II.B.8 Wysokość procentowego udziału NFZ w limicie finansowania 8)** | **II.B.9 Data ważności potwierdzenia limitu finansowania 9)** |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | |
| **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 OW NFZ** | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | |

**Objaśnienia:**

8) 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.

9) Ważność potwierdzonego limitu finansowania ze środków publicznych wyrobu medycznego uzależniona jest od wielu danych, np. wieku, informacji, czy kobieta jest w ciąży.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CZĘŚĆ III. REALIZACJA ZLECENIA U ŚWIADCZENIODAWCY** (WYPEŁNIA I DRUKUJE ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE) | | | | | | |
| **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 REGON10)**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |
|  | | | | | | |
| **CZĘŚĆ IV. POTWIERDZENIE ODBIORU WYROBU MEDYCZNEGO** (WYPEŁNIA I DRUKUJE ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE ORAZ OSOBA ODBIERAJĄCA) | | | | | | |
| **IV.A. DANE DOTYCZĄCE WYDANEGO WYROBU MEDYCZNEGO** (WYPEŁNIA ŚWIADCZENIODAWCA)   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Lp.** | **III.A.1 Kod** | **III.A.2 Umiejscowienie**  **(L– lewostronne,**  **P– prawostronne),jeżeli dotyczy** | **III.A.3 Wytwórca, model, nazwa handlowa i numer seryjny, jeżeli dotyczy** | **III.A.4 Liczba wydanych sztuk** | **III.A.5 Cena detaliczna sztuki** | **III.A.6 Informacja o odbiorze oraz o miesiącach, których dotyczy odbiór 11)** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **III.A.6 Łączna kwota** | **III.A.7 Kwota refundacji** | **III.A.8 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** 12) | **IV.C.3 Nazwisko** 12) | | | **IV.C.4 Numer PESEL**12)   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
| **IV.C.5** **Identyfikator / Rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość** 12) (należy wypełnić w przypadku, gdy osoba odbierająca nie ma numeru PESEL) | | **III.C.6 Identyfikator / Seria i numer** 12)(należy wypełnić w przypadku, gdy osoba odbierająca nie ma numeru PESEL)   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | |
| □paszport □inny13) .......................................................................... | |
| **IV.C.7 Data odbioru** | **IV.C.8 Czytelny podpis** | | | |
|  | | | | | | |

**Objaśnienia:**

10) Numer identyfikacyjny REGON. Należy wskazać REGON – 9 znaków dla praktyk zawodowych albo 14 znaków dla jednostek organizacyjnych, które swoje siedziby mają w różnych województwach.

11) Wypełnia się w przypadku, gdy odbiór jest realizowany częściowo.

12) Wypełnia się w przypadku, gdyosobą odbierającą jest inną osobą niż pacjent.

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