

ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE*

Numer ewidencyjny zlecenia:
unikalny systemowy numer świadczenia – wypełnia pracownik NFZ

Pieczęć placówki, która ma podpisaną umowę z NFZ

Pieczęć lub nadruk zawierające dane adresowe przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego/praktyki zawodowej wraz z numerem REGON oraz numerem umowy z NFZ

I. DANE ŚWIADCZENIOBIORCY

KATARZYNA KOWALSKA

Nazwisko i imię:

Adres zamieszkania *04-123* *KALINOWO*

Kod pocztowy: Miejscowość:

NIEZNANA

14

2

Ulica nr domum.

Numer PESEL, a w przypadku jego braku nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość:

<i>5</i>	<i>5</i>	<i>0</i>	<i>7</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------

II. OKREŚLENIE WYROBU MEDYCZNEGO**

Liczba porządkowa wyrobu medycznego

<i>P</i>	<i>/</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>9</i>
----------	----------	----------	----------	----------

liczba sztuk*1*.....

Określenie wyrobu medycznego wraz z pisemnym uzasadnieniem (np. według klasyfikacji ICD-10):

WÓZEK INWALIDZKI LEKKI, PACJENT PO USZKODZENIU KRĘGOSŁUPA Z PORAŻENIEM KOŃCZYN DOLNYCH (lub ICD-10)

Zaopatrzenie:

prawostronne

lewostronne

nie dotyczy

Soczewki okularowe korekcyjne

		Sfera	Cylinder	Oś	Pryzma	
Do dali	OP					Odległość źrenic mm
	OL					
Do bliży	OP					Odległość źrenic mm
	OL					

III. DODATKOWE WSKAZANIA ZLECAJĄCEGO ZAOPATRZENIE: *SAMODZIELNIE PORUSZA SIĘ NA WÓZKU.*

Miesiąc, którego dotyczy zaopatrzenie comiesięczne:

7.03.2014 r.

lekarz uprawniony do wystawienia zlecenia

Data wystawienia zlecenia

Pieczęć i podpis osoby uprawnionej do wystawienia zlecenia lub kontynuacji zaopatrzenia wraz z numerem prawa wykonywania zawodu

* Zlecenie na zaopatrzenie comiesięczne może być wystawione na okres nie dłuższy niż trzy kolejne miesiące. Zlecenie na zaopatrzenie comiesięczne może zostać zrealizowane wyłącznie w miesiącach, na które zostało wystawione, z wyłączeniem miesięcy, które upłynęły.

** Zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696, z późn.zm.).

WYPEŁNIA OSOBA UPRAWNIONA DO WYSTAWIENIA ZLECENIA LUB KONTYNUACJI ZAOPATRZENIA

WYPEŁNIA PRACOWNIK ODDZIAŁU WOJEWÓDZKIEGO
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

IV. POTWIERDZENIE UPRAWNIENIA DO ZAOPATRZENIA WNIOSKOWANYM WYROBEM MEDYCZNYM

Kod tytułu uprawnienia

Kod tytułu uprawnienia dodatkowego nr dokumentu

Nazwa i numer oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia:

Limit finansowania ze środków publicznych Refundacja Narodowego Funduszu Zdrowia%

Przyczyna odmowy potwierdzenia prawa do refundacji

Data potwierdzenia zlecenia

Podpis i pieczętka pracownika oddziału wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia

V. POTWIERDZENIE ODBIORU WYROBU MEDYCZNEGO U ŚWIADCZENIODAWCY

Data przyjęcia do realizacji

Pieczętka podmiotu realizującego czynności z zakresu
zaopatrzenia w wyroby medyczne, w tym adres miejsca
udzielania świadczeń wraz z numerem umowy z NFZ

Liczba sztuk Dane dotyczące wyrobu medycznego (wytwórca, model, nazwa handlowa)

Cena detaliczna wyrobu medycznego Kwota refundacji Dopłata świadczeniobiorcy

Potwierdzam wydanie wyrobu medycznego zgodnie ze zleceniem

Data, pieczętka i podpis osoby realizującej zlecenie

Potwierdzam odbiór wyrobu medycznego zgodnie ze zleceniem

Data odbioru, imię i nazwisko, numer PESEL, a w przypadku jego braku
nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby odbierającej
(wypełnić drukowanymi literami)

podpis osoby odbierającej***

*** W przypadku osoby niewidomej formą potwierdzenia odbioru może być również faksymile podpisu złożona w obecności osoby wydającej wyrób medyczny.

WYPEŁNIA PODMIOT REALIZUJĄCY CZYNNOŚCI Z ZAKRESU ZAOPATRZENIA W WYROBY MEDYCZNE