

**ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE\***

Numer ewidencyjny zlecenia: .....

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

WYPEŁNIA OSOBA UPRAWNIONA DO WYSTAWIENIA ZLECENIA LUB KONTYNUACJI ZAOPATRZENIA

**I. DANE ŚWIADCZENIOBIORCY**

Nazwisko i imię: .....

Adres zamieszkania

Kod pocztowy: ..... Miejscowość: .....

Ulica ..... nr domu .....m. ....

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

**II. OKREŚLENIE WYROBU MEDYCZNEGO\*\***

Liczba porządkowa wyrobu medycznego

<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------

liczba sztuk .....

Określenie wyrobu medycznego wraz z pisemnym uzasadnieniem (np. według klasyfikacji 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:** .....

Miesiąc, którego dotyczy zaopatrzenie comiesięczne: .....

Data wystawienia zlecenia

Pieczętka 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.).

<b>WYPEŁNIA PRACOWNIK ODDZIAŁU WOJEWÓDZKIEGO NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA</b>	<p><b>IV. POTWIERDZENIE UPRAWNIENIA DO ZAOPATRZENIA WNIOSKOWANYM WYROBEM MEDYCZNYM</b></p> <p>Kod tytułu uprawnienia .....</p> <p>Kod tytułu uprawnienia dodatkowego ..... nr dokumentu .....</p> <p>Nazwa i numer oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia: .....</p> <p>Limit finansowania ze środków publicznych ..... Refundacja Narodowego Funduszu Zdrowia .....%</p> <p>Przyczyna odmowy potwierdzenia prawa do refundacji .....</p> <p>.....</p> <p>Data potwierdzenia zlecenia .....</p> <p style="text-align: right; margin-top: 20px;">_____ Podpis i pieczętka pracownika oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia</p>
<b>WYPEŁNIA PODMIOT REALIZUJĄCY CZYNNOŚCI Z ZAKRESU ZAOPATRZENIA W WYROBY MEDYCZNE</b>	<p><b>V. POTWIERDZENIE ODBIORU WYROBU MEDYCZNEGO U ŚWIADCZENIODAWCY</b></p> <p>_____ Data przyjęcia do realizacji</p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;">_____ Pieczętka podmiotu realizującego czynności z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne, w tym adres miejsca udzielania świadczeń wraz z numerem umowy z NFZ</p> <p>Liczba sztuk ..... Dane dotyczące wyrobu medycznego (wytwórca, model, nazwa handlowa) .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Cena detaliczna wyrobu medycznego ..... Kwota refundacji ..... Dopłata świadczeniobiorcy .....</p> <p>Potwierdzam wydanie wyrobu medycznego zgodnie ze zleceniem</p> <p style="text-align: right; margin-top: 20px;">_____ Data, pieczętka i podpis osoby realizującej zlecenie</p> <p>Potwierdzam odbiór wyrobu medycznego zgodnie ze zleceniem</p> <p>_____ Data odbioru, imię i nazwisko, numer PESEL, a w przypadku jego braku nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby odbierającej (wypełnić drukowanymi literami)</p> <p style="text-align: right; margin-top: 20px;">_____ podpis osoby odbierającej***</p> <p>*** W przypadku osoby niewidomej formą potwierdzenia odbioru może być również faksymile podpisu złożona w obecności osoby wydającej wyrób medyczny.</p>