

<b>ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE*</b>																															
Numer ewidencyjny zlecenia: .....																															
_____ <b>Pieczętka lub nadruk zawierające dane adresowe przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego/praktyki zawodowej wraz z numerem REGON oraz numerem umowy z NFZ</b>																															
<b>WYPEŁNIA OSOBA UPRAWNIIONA DO WYSTAWIENIA ZLECENIA LUB KONTYNUACJI ZAOPATRZENIA</b>	<b>I. DANE ŚWIADCZENIOBIORCY</b>																														
	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: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>																														
	<b>II. OKREŚLENIE WYROBU MEDYCZNEGO**</b>																														
	Liczba porządkowa wyrobu medycznego <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> / <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>																														
liczba sztuk .....																															
Określenie wyrobu medycznego wraz z pisemnym uzasadnieniem (np. według klasyfikacji ICD-10): .....																															
.....																															
Zaopatrzenie: prawostronne <input type="checkbox"/> lewostronne <input type="checkbox"/> nie dotyczy <input type="checkbox"/>																															
Soczewki okularowe korekcyjne																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2"></th> <th>Sfera</th> <th>Cylinder</th> <th>Oś</th> <th>Pryzma</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">Do dali</td> <td>OP</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td rowspan="2">Odległość źrenic ..... mm</td> </tr> <tr> <td>OL</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Do bliży</td> <td>OP</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td rowspan="2">Odległość źrenic ..... mm</td> </tr> <tr> <td>OL</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Sfera	Cylinder	Oś	Pryzma		Do dali	OP					Odległość źrenic ..... mm	OL					Do bliży	OP					Odległość źrenic ..... mm	OL				
		Sfera	Cylinder	Oś	Pryzma																										
Do dali	OP					Odległość źrenic ..... mm																									
	OL																														
Do bliży	OP					Odległość źrenic ..... mm																									
	OL																														
<b>III. DODATKOWE WSKAZANIA ZLECAJĄCEGO ZAOPATRZENIE:</b> .....																															
.....																															
Miesiąc, którego dotyczy zaopatrzenie comiesięczne: .....																															
_____	_____																														
<b>Data wystawienia zlecenia</b>	<b>Pieczętka i podpis osoby uprawnionej do wystawienia zlecenia lub kontynuacji zaopatrzenia wraz z numerem prawa wykonywania zawodu</b>																														
<small>* 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 żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696, z późn. zm.).</small>																															

<b>WYPEŁNIA PRACOWNIK ODDZIAŁU WOJEWÓDZKIEGO NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA</b>	<b>IV. POTWIERDZENIE UPRAWNIENIA DO ZAOPATRZENIA WNIOSKOWANYM WYROBEM MEDYCZNYM</b> 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 .....  <div style="text-align: right;">           _____  <b>Pieczętka i podpis pracownika oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia</b> </div>
	<b>V. POTWIERDZENIE ODBIORU WYROBU MEDYCZNEGO U ŚWIADCZENIODAWCY</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;">           _____  <b>Data przyjęcia do realizacji</b> </div> <div style="width: 45%;">           _____  <b>Pieczętka podmiotu realizującego czynności z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne, w tym adres miejsca udzielania świadczeń wraz z numerem umowy z NFZ</b> </div> </div> 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  <div style="text-align: right;">           _____  <b>Data, pieczętka i podpis osoby realizującej zlecenie</b> </div> Potwierdzam odbiór wyrobu medycznego zgodnie ze zleceniem  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;">           _____  <b>Data odbioru, imię i nazwisko, numer PESEL, a w przypadku jego braku nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby odbierającej (wypełnić drukowanymi literami)</b> </div> <div style="width: 35%; text-align: right;">           _____  <b>podpis osoby odbierającej***</b> </div> </div> *** W przypadku osoby niewidomej formą potwierdzenia odbioru może być również faksymile podpisu złożona w obecności osoby wydającej wyrób medyczny.

**ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE  
KARTA POTWIERDZENIA UPRAWNIENIA NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE PRZYSŁUGUJĄCE  
COMIESIĘCZNIE\***

Numer ewidencyjny zlecenia .....

\_\_\_\_\_  
Pieczętka oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

**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:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Kod tytułu uprawnienia: .....

Kod tytułu uprawnienia dodatkowego: ..... Numer dokumentu: .....

Data ważności karty od ..... do .....  
(miesiąc, rok) (miesiąc, rok)

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

Liczba porządkowa wyrobu medycznego

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Liczba sztuk: .....

Określenie wyrobu medycznego: .....

.....

.....

.....

\_\_\_\_\_  
Pieczętka i podpis pracownika oddziału wojewódzkiego  
Narodowego Funduszu Zdrowia

\*Potwierdzenie uprawnienia do zaopatrzenia comiesięcznego wystawia oddział wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia na okres nie dłuższy niż 12 miesięcy.

\*\* Zgodnie z przepisami wydanymi 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. Nr 122, poz. 696, z późn. zm.).

WYPEŁNIA PRACOWNIK ODDZIAŁU WOJEWÓDZKIEGO NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

**POTWIERDZENIE WYSTAWIONYCH ZLECEŃ ORAZ ICH REALIZACJI\*\*\***

WYPEŁNIA ZLECAJĄCY ORAZ PODMIOT REALIZUJĄCY CZYNNOŚCI Z ZAKRESU ZAOPATRZENIA W WYROBY MEDYCZNE	Lp.	Data wystawienia zlecenia	Nazwa wyrobu medycznego	Liczba sztuk	Zaopatrzenie dotyczy miesiąca (nazwę miesiąca wpisać słownie)	Pieczętka i podpis osoby uprawnionej do wystawienia lub kontynuacji zlecenia****	Data realizacji  Pieczętka i podpis osoby realizującej świadczenie	

\*\*\* Potwierdzenie wystawionych zleceń oraz ich realizacji staje się własnością świadczeniobiorcy.

\*\*\*\* Przy pierwszym zleceniu, pierwszy wiersz wypełnia pracownik oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.