

ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE

IDENTYFIKACJA ZLECENIA

 ZLECENIE KONTYNUACJA ZLECENIA¹⁾

Identyfikator zlecenia

Kod kreskowy

CZĘŚĆ I. WYSTAWIENIE ZLECENIA (WYPEŁNIA I DRUKUJE OSOBA UPRAWNIONA DO WYSTAWIENIA ZLECENIA)

I.A. DANE PODMIOTU, W RAMACH KTÓREGO WYSTAWIONO ZLECENIE

I.A.1 Nazwa

I.A.2 Adres miejsca udzielania świadczeń: kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer domu lub lokalu²⁾I.A.3 REGON³⁾

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

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 Symbol państwa, jeżeli dotyczy⁵⁾I.B.7 Rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, jeżeli dotyczy⁶⁾I.B.8 Dokument stwierdzający tożsamość⁴⁾ paszport inny⁷⁾I.B.9 Seria i numer⁴⁾

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

I.B.10 Kraj wydania dokumentu stwierdzającego tożsamość, o którym mowa w pkt I.B.8

I.BA. UPRAWNIENIE DODATKOWE LUB INNE UPRAWNIENIE, Z KTÓREGO BĘDZIE KORZYSTAŁ PACJENT

I.BA.1 Kod tytułu uprawnienia dodatkowego⁸⁾I.BA.2 Dane identyfikujące dokument potwierdzający uprawnienie dodatkowe⁹⁾I.BA.3 Cięża¹⁰⁾

Identyfikator zlecenia

Kod kreskowy

I.C. OKREŚLENIE WYROBU MEDYCZNEGO¹¹⁾

I.C.1 Grupa i liczba porządkowa		I.C.2 Umiejscowienie (nie dotyczy stomii) <input type="checkbox"/> lewostronne <input type="checkbox"/> prawostronne <input type="checkbox"/> nie dotyczy		
I.C.3 Liczba przetok (dotyczy stomii)		I.C.4 Rodzaj przetok (dotyczy stomii) <input type="checkbox"/> urostomia <input type="checkbox"/> kolostomia <input type="checkbox"/> ileostomia <input type="checkbox"/> nefrostomia <input type="checkbox"/> inna		
I.C.5 Kod ICD-10	I.C.6 Liczba sztuk (dotyczy zleceń innych niż comiesięczne)	I.C.7 Liczba sztuk na miesiąc (dotyczy comiesięcznych zleceń) ¹²⁾	I.C.8 Pierwszy miesiąc zaopatrzenia comiesięcznego (format: MM-RRRR)	I.C.9 Liczba miesięcy zaopatrzenia comiesięcznego (1– 12)
I.C.10 Nazwa wyrobu medycznego	I.C.11 Kryteria przyznania wyrobu medycznego ¹³⁾	I.C.12 Dodatkowe informacje dotyczące wyrobu ¹⁴⁾		

I.C.13 Uzasadnienie medyczne przyznania większej liczby sztuk wyrobu medycznego – w przypadku uprawnienia dodatkowego 47ZN, 47DN, 47ZDN

I.CA Soczewki okularowe

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

I.D. DODATKOWE WSKAZANIA DO WYSTAWIENIA ZLECENIA (WYPEŁNIA OSOBA UPRAWNIIONA DO WYSTAWIENIA ZLECENIA)

I.D.1 Skrócenie okresu użytkowania wyrobu medycznego <input type="checkbox"/>	I.D.2 Wskazanie kryterium skrócenia okresu użytkowania wyrobu medycznego, jeżeli dotyczy ¹⁵⁾
	I.D.3 Uzasadnienie skrócenia okresu użytkowania wyrobu medycznego, jeżeli dotyczy

I.E. DANE OSOBY UPRAWNIONEJ DO WYSTAWIENIA ZLECENIA

I.E.1 Numer prawa wykonywania zawodu ¹⁶⁾	I.E.2 Imię (imiona) i nazwisko
I.E.3 Data wystawienia	I.E.4 Podpis osoby uprawnionej do wystawienia zlecenia, jeżeli dotyczy

Identyfikator zlecenia	Kod kreskowy
------------------------	--------------

CZĘŚĆ II. WERYFIKACJA ZLECENIA (DOKONYWANA PRZEZ NFZ ZA POŚREDNICTWEM USŁUG INFORMATYCZNYCH NFZ ALBO BEZPOŚREDNIO W ODDZIALE WOJEWÓDZKIM NFZ – WÓWCZAS DRUKUJE OSOBA UPRAWNIONA DO WYSTAWIENIA ZLECENIA)

II.A. WYNIK WERYFIKACJI

II.A.1 Wynik weryfikacji¹⁷⁾ <input type="checkbox"/> pozytywna <input type="checkbox"/> negatywna	II.A.2 Kod oddziału wojewódzkiego NFZ¹⁸⁾
II.AA.1. Realizacja zlecenia od dnia	II.AA.2 Końcowa data realizacji zlecenia

II.B. POTWIERDZENIE LIMITU FINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH WYROBU MEDYCZNEGO

II.B.1 Grupa i liczba porządkowa	II.B.2 Kod wyrobu medycznego	II.B.3 Umiejscowienie (L – lewostronne, P – prawostronne), jeżeli dotyczy	II.B.4 Potwierdzona liczba sztuk	II.B.5 Limit finansowania ¹⁹⁾	II.B.6 Wysokość procentowego udziału NFZ w limicie finansowania ²⁰⁾	II.B.7 Data ważności potwierdzenia limitu finansowania ²¹⁾

II.BA. POTWIERDZONE PRAWO DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ

II.BA.1 Sposób potwierdzenia prawa do świadczeń²²⁾ <input type="checkbox"/> eWUŚ <input type="checkbox"/> oświadczenie <input type="checkbox"/> dokument	II.BA.2 Dane identyfikujące dokument potwierdzający prawo do świadczeń, jeżeli w pkt II.BA.1 zaznaczono „dokument”²³⁾
---	---

II.C. PRZYCZYNA NEGATYWNEJ WERYFIKACJI (JEŻELI DOTYCZY)

II.D. DODATKOWE INFORMACJE DLA PACJENTA

II.E. POTWIERDZENIE WERYFIKACJI ZLECENIA

II.E.1 Data weryfikacji

Identyfikator zlecenia	Kod kreskowy
------------------------	--------------

CZĘŚĆ III. REALIZACJA ZLECENIA U ŚWIADCZENIODAWCY (WYPEŁNIA I DRUKUJE ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE WEDŁUG STANU NA DZIEŃ PRZYJĘCIA DO REALIZACJI²⁴⁾)

III.A. PRZYJĘCIE DO REALIZACJI ZLECENIA

III.A.1 Data przyjęcia do realizacji	III.A.2 <input type="checkbox"/> częściowa realizacja zlecenia	III.A.3 Miesiąc albo miesiące i rok, których dotyczy realizacja zlecenia
--------------------------------------	---	--

III.B DANE ŚWIADCZENIODAWCY REALIZUJĄCEGO ZLECENIE

III.B.1 Nazwa świadczeniodawcy	III.B.2 REGON ³⁾
III.B.3 Adres miejsca udzielania świadczeń: kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer domu lub lokalu ²⁾	III.B.4 Numer umowy z NFZ

III.C. POTWIERDZENIE POSIADANIA PRAWA DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ, UPRAWNIENIA DODATKOWEGO I LIMITU FINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH

III.C.1 Sposób potwierdzenia prawa do świadczeń ²⁵⁾ <input type="checkbox"/> eWUŚ <input type="checkbox"/> oświadczenie <input type="checkbox"/> dokument	III.C.2 Dane identyfikujące dokument potwierdzający prawo do świadczeń, jeżeli w pkt III.C.1 zaznaczono „dokument” ²³⁾		
III.C.3 Czy pacjent dysponuje nowymi uprawnieniami dodatkowymi lub innymi uprawnieniami? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	III.C.4 Kod tytułu uprawnienia dodatkowego, jeżeli w pkt III.C.3 zaznaczono „TAK” ⁸⁾		
III.C.5 Dane identyfikujące dokument potwierdzający uprawnienie dodatkowe, jeżeli w pkt III.C.3 zaznaczono „TAK” ⁹⁾			
III.C.6 Zmiana wieku pacjenta <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy	III.C.7 Zmiana limitu finansowania <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	III.C.8 Limit finansowania ¹⁹⁾	III.C.9 Wysokość procentowego udziału NFZ w limicie finansowania

CZĘŚĆ IV. POTWIERDZENIE WYDANIA WYROBU MEDYCZNEGO (WYPEŁNIA I DRUKUJE ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE)

IV.A. DANE DOTYCZĄCE WYDANEGO WYROBU MEDYCZNEGO (WYPEŁNIA ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE)

IV.A.1 Kod wyrobu medycznego	IV.A.2 Umiejscowienie (L – lewostronne, P – prawostronne), jeżeli dotyczy	IV.A.3 Producent, model, nazwa handlowa i kod UDI ²⁶⁾	IV.A.4 Liczba wydanych sztuk	IV.A.5 Cena detaliczna sztuki
IV.A.6 łączna kwota		IV.A.7 Kwota refundacji	IV.A.8 Kwota dopłaty pacjenta	

IV.B. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYDANIA WYROBU MEDYCZNEGO (WYPEŁNIA ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE)

IV.B.1 Data wydania	IV.B.2 Imię (imiona) i nazwisko osoby wydającej wyrób medyczny
---------------------	--

IV.C. DANE DOTYCZĄCE ODBIORU WYROBU MEDYCZNEGO (WYPEŁNIA OSOBA ODBIERAJĄCA LUB ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE)

IV.C.1 Osoba odbierająca <input type="checkbox"/> pacjent <input type="checkbox"/> inna osoba odbierająca		
IV.C.2 Imię (imiona) ²⁷⁾	IV.C.3 Nazwisko ²⁷⁾	IV.C.4 Numer PESEL ²⁷⁾
IV.C.5 Rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość ²⁷⁾ (należy wypełnić w przypadku, gdy osoba odbierająca nie ma numeru PESEL) <input type="checkbox"/> paszport ²⁸⁾ <input type="checkbox"/> inny ²⁸⁾		IV.C.6 Seria i numer ²⁷⁾ (należy wypełnić w przypadku, gdy osoba odbierająca nie ma numeru PESEL)
IV.C.7 Data odbioru		

Objaśnienia:

- * Wzór może być edytowany w ten sposób, że właściwe jego komórki mogą być powiększane, jeżeli jest to niezbędne do zamieszczenia w danej komórce wymaganej informacji, której objętość wykracza poza rozmiar tej komórki określony we wzorze.
- 1) Dotyczy wyrobów medycznych przysługujących comiesięcznie (wypełnia osoba uprawniona do wystawienia zlecenia).
 - 2) W przypadku zleceń papierowych dopuszczalne jest wykorzystanie pieczętki albo naklejki zawierających dane z pól I.A.1–3 lub III.B.1–3.
 - 3) Numer identyfikacyjny REGON. Należy wskazać REGON – 9 cyfr dla praktyk zawodowych albo 14 cyfr dla jednostek organizacyjnych.
 - 4) Należy wypełnić w przypadku, gdy pacjent nie ma numeru PESEL.
 - 5) Symbol państwa odpowiedniego dla instytucji właściwej dla osoby uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji.
 - 6) W przypadku potwierdzenia prawa do świadczeń w sposób inny niż dokumentem elektronicznym, o którym mowa w art. 50 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”, tj. z użyciem systemu eWUŚ – należy wskazać rodzaj i numer (o ile dotyczy) dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń, np. oświadczenie pacjenta, decyzja wójta, burmistrza, prezydenta, a w przypadku osób uprawnionych do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji – rodzaj i numer dokumentu uprawniającego i oznaczenie instytucji właściwej, która wydała ten dokument.
 - 7) W przypadku zaznaczenia pola „inny” należy wpisać rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość.
 - 8) Kod tytułu uprawnienia dodatkowego, określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy o świadczeniach.
 - 9) Należy wpisać rodzaj dokumentu oraz – jeżeli takie dane występują na dokumencie – jego numer, datę wystawienia, datę ważności oraz numer prawa wykonywania zawodu osoby uprawnionej, która wystawiła dokument.
 - 10) Należy zaznaczyć, jeżeli kobieta jest w ciąży, a ciąża stanowi kryterium przyznania wyrobu medycznego.
 - 11) W przypadku soczewek okularowych należy uzupełnić tylko te pola, które dotyczą tej kategorii wyrobów medycznych.
 - 12) W przypadku wyrobów medycznych przysługujących comiesięcznie, dla których nie została określona liczba sztuk 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 2023 r. poz. 826), zwanej dalej „ustawą o refundacji”, należy wpisać liczbę 1 albo jej wielokrotność (w przypadku uprawnień dodatkowych), z dokładnością do 1 miejsca po przecinku.
 - 13) Kryteria przyznawania wyrobu medycznego wydawanego na zlecenie zostały określone w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy o refundacji. W przypadku zaopatrzenia obustronnego należy określić kryterium dla każdej strony osobno.
 - 14) Należy wpisać dodatkowe informacje dotyczące wyrobu np. stopień ucisku, preferowane wyposażenie dodatkowe.
 - 15) Zgodnie z kryteriami przyznawania wyrobów medycznych, których okres użytkowania może ulec skróceniu, określonymi w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy o refundacji.
 - 16) W przypadku zleceń papierowych dopuszczalne jest wykorzystanie pieczętki albo naklejki zawierających dane z pól I.E.1 i I.E.2.
 - 17) Wynik weryfikacji obejmuje potwierdzenie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej oraz prawa do wyrobu medycznego.
 - 18) Kod właściwego dla pacjenta oddziału wojewódzkiego NFZ, który finansuje zaopatrzenie w wyroby medyczne.
 - 19) W przypadku zleceń comiesięcznych – dotyczy limitu na jeden miesiąc.
 - 20) Wysokość udziału własnego pacjenta w limicie finansowania ze środków publicznych została określona w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy o refundacji.
 - 21) Ważność potwierdzonego limitu finansowania ze środków publicznych wyrobu medycznego nie dotyczy kobiet w ciąży.
 - 22) Wynik weryfikacji prawa do świadczeń opieki zdrowotnej: eWUŚ – w przypadku potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej dokumentem elektronicznym, o którym mowa w art. 50 ust. 3 ustawy o świadczeniach; oświadczenie – w przypadku złożenia przez pacjenta oświadczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 2a, 6 albo ust. 9 ustawy o świadczeniach, albo dokument – w przypadku przedstawienia dokumentu papierowego potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej.
 - 23) Należy wskazać rodzaj i numer (o ile dotyczy) dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, np. oświadczenie pacjenta, decyzja wójta, burmistrza, prezydenta, a w przypadku osób uprawnionych do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji – rodzaj i numer dokumentu uprawniającego i oznaczenie instytucji właściwej, która wydała ten dokument.
 - 24) W przypadku realizowania zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne w częściach świadczeniodawca realizujący zlecenie każdorazowo przy wydaniu wyrobu medycznego drukuje części III i IV wzoru.
 - 25) Należy zaznaczyć odpowiednio: eWUŚ – w przypadku potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej dokumentem elektronicznym, o którym mowa w art. 50 ust. 3 ustawy o świadczeniach; oświadczenie – w przypadku złożenia przez pacjenta oświadczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 2a, 6 albo ust. 9 ustawy o świadczeniach, albo dokument – w przypadku przedstawienia dokumentu papierowego potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej.
 - 26) W przypadku braku kodu UDI należy wskazać numer seryjny albo inny numer lub równoważny symbol jednoznacznie identyfikujący wyrób medyczny.
 - 27) Wypełnia się w przypadku, gdy osobą odbierającą jest inna osoba niż pacjent. W przypadku pacjenta wypełnia się, jeżeli dane pacjenta zamieszczone w cz. I.B uległy zmianie.
 - 28) W przypadku zaznaczenia pola „paszport” należy wpisać państwo wydania, a w przypadku zaznaczenia pola „inny” należy wpisać rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość oraz państwo jego wydania.