

ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE*

(część A)

Numer ewidencyjny zlecenia:

I. DANE ŚWIADCZENIOBIORCY
Pieczałka lub nadruk zawierające dane adresowe przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego/praktyki zawodowej wraz z numerem REGON oraz numerem umowy z NFZ

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:

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

II. OKREŚLENIE WYROBU MEDYCZNEGO**

Liczba porządkowa wyrobu medycznego

P / 9 1

liczba sztuk 3X10

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

E 10.9 ZBĘSTAWY INRUSZYJNE DO POMPY INSULINOWE

Zaopatrzenie:

prawostronne

lewostronne

nie dotyczy

Soczawki okularowe korekcyjne

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

III. DODATKOWE WSKAZANIA ZLECAJĄCEGO ZAOPATRZENIE:

Miejsce, którego dotyczy zaopatrzenie comiesięczne: stycznia lub/marzeca kwiecień/maj/czerwiec/lipiec/sierpień/wrzesień/październik listopad grudzień

Data wystawienia zlecenia

Pieczałka 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 zrehabilitowane wyłącznie w miesiącach, na które zostało wystawione, z wyjątkiem miesięcy, które upłynęły. ** Zgodnie z przepisami wydawanymi 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

IV. POTWIERDZENIE UPRAWNIENIA DO ZAOPATRZENIA WNIOSKOWANYM WYROBEM MEDYCZNYM

Kod tytułu uprawnień nr dokumentu
Kod tytułu uprawnień dodatkowego
Nazwa i numer oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia:
Limit finansowania ze środków publicznych Refundacja Narodowego Funduszu Zdrowia %
Przytoczna odmowy potwierdzenia prawa do refundacji:

Data potwierdzenia zlecenia

Podpis i pieczęć pracownika oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

V. POTWIERDZENIE ODBIORU WYROBU MEDYCZNEGO U ŚWIADCZENIODAWCY

Data przyjęcia do realizacji

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

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

Cena detaliczna wyrobu medycznego Kwota refundacji Dopłata świadczeniobiorcy

Potwierdzam wydanie wyrobu medycznego zgodnie ze zleceniem

Potwierdzam odbiór wyrobu medycznego zgodnie ze zleceniem

Data, pieczęćka i podpis osoby realizującej zlecenie

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 forma potwierdzenia odbioru może być również taksonie podpisu złożona w obecności osoby wydającej wyroby medyczne.

WYPEŁNIA OSOBA UPRAWNIIONA DO WYSTAWIENIA ZLECENIA LUB KONTYNUACJI ZAOPATRZENIA