

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

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:

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

II. OKREŚLENIE WYROBU MEDYCZNEGO**

Liczba porządkowa wyrobu medycznego

P

 /

1	3	5
---	---	---

liczba sztuk 12

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

E 10 - CUKRZYCA INSULINOZALEŻNA

SENSOR/ELEKTRODA DO SYSTEMU CIĄGŁEGO MONITOROWANIA GLIKEMII W CZASIE RZECZYWISTYM(CMG-RT)

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:

Nieświadomość hipoglikemii

Miesiąc, którego dotyczy zaopatrzenie comiesięczne: Styczeń Luty Marzec Kwiecień Maj Czerwiec Lipiec Sierpień

Wrzesień Październik Listopad Grudzień

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 żywieniowego 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 <div style="text-align: right;"> _____ Podpis i pieczęćka pracownika oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia </div>
	V. POTWIERDZENIE ODBIORU WYROBU MEDYCZNEGO U ŚWIADCZENIODAWCY <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> _____ Data przyjęcia do realizacji </div> <div style="width: 45%;"> _____ Pieczęćka podmiotu realizującego czynności z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne, w tym adres miejsca udzielania świadczeń wraz z numerem umowy z NFZ </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;"> _____ Data, pieczęćka i podpis osoby realizującej zlecenie </div> 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) <div style="text-align: right;"> _____ podpis osoby odbierającej*** </div> *** W przypadku osoby niewidomej formą potwierdzenia odbioru może być również faksymile podpisu złożona w obecności osoby wydającej wyrób medyczny.