

WZÓR

(część A)

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: ANNA KOHALSKA

Adres zamieszkania

Kod pocztowy: 40-068

Miejscowość: KATOWICE

Ulica JAGLANA

nr domu 1

m. 1

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

01210112301

II. OKREŚLENIE WYROBU MEDYCZNEGO**

Liczba porządkowa wyrobu medycznego

P / 1 3 4

liczba sztuk 3X5

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

E 10 - cukrzyca insulinozależna

Zbiorniki na insulinę do Osobistej Pompy Insulinowej

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: 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 UPRAWNIIONA DO WYSTAWIENIA ZLECENIA LUB KONTYNUACJI ZAOPATRZENIA