Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 4 listopada 2014 r. (poz. 1551)

Załącznik nr 1

WZÓR

CZĘŚĆ I

WNIOSEK DO DYREKTORA ODDZIAŁU WOJEWÓDZKIEGO NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

- o wydanie zgody na uzyskanie w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej świadczenia opieki zdrowotnej zawartego w wykazie, o którym mowa w art. 42e ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

albo

- o wydanie zgody na uzyskanie w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej lub w państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) świadczenia opieki zdrowotnej albo jego kontynuację, na zasadach wynikających z przepisów o koordynacji, a także na pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielenia świadczenia

INSTRUKCJA

a. Wniosek należy WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI,
b. Osoby uprawnione do uzyskania leczenia lub badań diagnostycznych w innym niż rzeczpospolita Polska państwie członkowskim UE/EFTA oraz osoby uprawnione do składania niniejszego wniosku zostały wskazane w art. 42f ust. 1 oraz 42i ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn.zm.),
c. Część I.A. wniosku wypełnia oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, zwany dalej „oddziałem Funduszu",
d. Część I.B. oraz części II i VI wniosku wypełnia osoba składająca wniosek,
e. Część I.C. wniosku wypełnia dyrektor oddziału Funduszu,
f. Część III. A - C wniosku wypełnia lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, posiadający specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny właściwej ze względu na zakres wnioskowanego leczenia lub badań diagnostycznych,
g. Część IV wniosku wypełnia konsultant wojewódzki,
h. Część V wniosku wypełnia oddział Funduszu.

UWAGA:

a. Wniosek z wypełnioną częścią I, II, III i VI oraz kopią dokumentacji medycznej i pisemną informacją składa się w oddziale Funduszu.
b. W przypadku dokumentacji medycznej sporządzonej w języku obcym, do wniosku dołącza się tłumaczenie tej dokumentacji na język polski; tłumaczenie nie musi być sporządzone przez tłumacza przysięgłego.

I. A. DANE IDENTYFIKACYJNE WNIOSKU

Data wpływu wniosku do oddziału Funduszu: …… (dd/mm/rrrr)	Imię i nazwisko/ pieczęć/ podpis osoby przyjmującej wniosek:
Numer identyfikacyjny wniosku:	Pieczęć oddziału Funduszu:

I. B. PRZEDMIOT WNIOSKU:

(proszę zakreślić odpowiednie pola)

1.1. ☐ uzyskanie w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej świadczenia opieki zdrowotnej, zawartego w wykazie, o którym mowa w art. 42e ust. 1ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w niżej wymienionym zagranicznym podmiocie udzielającym świadczeń zdrowotnych:
……
……
……
……
……
……
……
(pełna nazwa i dane kontaktowe podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych w innym państwie członkowskim UE- państwo, adres, numer telefonu/faksu, adres poczty elektronicznej)

1.2. ☐ Sprzeciwiam się wydaniu zgody na podstawie przepisów o koordynacji.[1]

Miejscowość:…… Data:…….. Czytelny podpis wnioskodawcy:……
(dd/mm/rrrr)

[1] Zaznaczenie tego pola spowoduje, iż w przypadku uznania wniosku za zasadny wnioskodawca uzyska decyzję uprawniającą do otrzymania zwrotu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w innym państwie Unii Europejskiej, zgodnie z art. 42b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Niezaznaczenie tego pola spowoduje, iż przypadku spełnienia warunków określonych w przepisach o koordynacji zostanie wydana zgoda na uzyskanie świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach określonych w tych przepisach.

2.1. ☐ uzyskanie w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim UE/EFTA świadczenia opieki zdrowotnej albo jego kontynuacja, w przypadku świadczeń udzielanych zgodnie z przepisami o koordynacji, w niżej wymienionym zagranicznym podmiocie udzielającym świadczeń zdrowotnych:
……
……
……
……
……
……
……
(pełna nazwa i dane kontaktowe podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych w innym państwie członkowskim UE/EFTA – państwo, adres, numer telefonu/faksu, adres poczty elektronicznej)

oraz **2. 2.** ☐ pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielania świadczenia

3. ☐ Wnoszę o przesłanie wniosku do konsultanta wojewódzkiego w celu zaopiniowania.[2]

I.C.
WSKAZANIE PRZEZ DYREKTORA ODDZIAŁU FUNDUSZU ŚWIADCZENIODAWCY, KTÓRY PRZEPROWADZI LECZENIE LUB BADANIA DIAGNOSTYCZNE W ZAKRESIE OBJĘTYM WNIOSKIEM NA TERYTORIUM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ[3]

w terminie:……
(dd/mm/rrrr)
w:……
……
……
……
(pełna nazwa i dane kontaktowe świadczeniodawcy w kraju - adres, numer telefonu/faksu, adres poczty elektronicznej)

Podpis i pieczęć dyrektora oddziału Funduszu:

CZĘŚĆ II

II. A. DANE OSOBY, KTÓREJ DOTYCZY WNIOSEK

1.	Imię i nazwisko:	
2.	Numer PESEL (w przypadku gdy nie nadano nr PESEL - numer dokumentu potwierdzającego tożsamość):	
3.	Data urodzenia:	
4.	Adres miejsca zamieszkania:	
5.	Adres do korespondencji (wypełnić w przypadku gdy jest inny niż adres miejsca zamieszkania):	
6.	Numer telefonu lub adres poczty elektronicznej[4]:	

II. B. DANE OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK
(wypełnić, jeśli wniosku nie składa osoba, której dotyczy wniosek)

1.	Imię i nazwisko:	
2.	Numer PESEL (w przypadku gdy nie nadano nr PESEL - numer dokumentu potwierdzającego tożsamość):	
3.	Data urodzenia:	

[2] Zaznaczenie tego pola spowoduje obligatoryjne przesłanie wniosku do zaopiniowania przez konsultanta wojewódzkiego.
[3] Dyrektor oddziału Funduszu może – na podstawie § 5 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wydawania zgody na uzyskanie świadczeń opieki zdrowotnej poza granicami kraju oraz pokrycie kosztów transportu - wskazać świadczeniodawcę posiadającego umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia, który przeprowadzi leczenie lub badania diagnostyczne w zakresie objętym wnioskiem w terminie wcześniejszym niż czas oczekiwania osoby, której dotyczy wniosek na uzyskanie leczenia lub badań diagnostycznych w kraju.
[4] Jeżeli posiada.

4.	Adres miejsca zamieszkania:	
5.	Adres do korespondencji (wypełnić w przypadku gdy jest inny niż adres miejsca zamieszkania):	
6.	Numer telefonu lub adres poczty elektronicznej[3]:	

CZĘŚĆ III			
III. A. DANE LEKARZA WYPEŁNIAJĄCEGO WNIOSEK			
1.	Imię i nazwisko lekarza:		
2.	Pieczęć lekarza zawierająca numer prawa wykonywania zawodu oraz informację o specjalizacji:		
3.	Pieczęć świadczeniodawcy, u którego lekarz udziela świadczeń opieki zdrowotnej:		
III. B. ZAKRES LECZENIA W INNYM PAŃSTWIE CZŁONKOWSKIM UE/EFTA			
1.	Rozpoznanie kliniczne dotyczące problemu zdrowotnego, stanowiącego przyczynę złożenia wniosku, oraz rozpoznania współistniejące, z zastosowaniem Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10:		
2.	Dotychczasowy przebieg choroby i zastosowane leczenie:		
3.	Prognoza, co do prawdopodobnego dalszego przebiegu choroby:		
4.	Wskazanie szczegółowego zakresu leczenia lub badań diagnostycznych, których dotyczy wniosek:		
5.	Czas oczekiwania osoby, której dotyczy wniosek na uzyskanie leczenia lub wykonanie badań diagnostycznych u świadczeniodawcy w kraju:	Przewidywany zgodnie z listą oczekujących: …….. (dd/mm/rrrr)	Dopuszczalny – określony indywidualnie przez lekarza wypełniającego wniosek: …… (dd/mm/rrrr)

6.	Uzasadnienie konieczności leczenia w zagranicznym podmiocie udzielającym świadczeń zdrowotnych:	
III. C. WSKAZANIA DOTYCZĄCE TRANSPORTU DO MIEJSCA LECZENIA W INNYM NIŻ RZECZPOSPOLITA POLSKA PAŃSTWIE CZŁONKOWSKIM UE/EFTA (wypełnić, gdy osoba składająca wniosek zaznaczyła pole **2.1**. oraz **2.2**. w części **I.B**. wniosku)		
Wskazanie środka transportu do miejsca leczenia w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim UE/EFTA wraz z uzasadnieniem konieczności jego zastosowania:		

Miejscowość:……Data wypełnienia wniosku:……..
(dd/mm/rrrr)

Podpis lekarza wypełniającego wniosek:……

Pieczęć lekarza wypełniającego wniosek:

CZĘŚĆ IV
(wypełnia konsultant wojewódzki w zakresie wskazanym przez dyrektora oddziału Funduszu)

Miejscowość:……Data wypełnienia wniosku:……
(dd/mm/rrrr)

Podpis konsultanta wojewódzkiego opiniującego wniosek:……..

Pieczęć konsultanta wojewódzkiego opiniującego wniosek:

CZĘŚĆ V (wypełnia oddział Funduszu po weryfikacji wniosku)		
1.	Przedmiot wniosku:	**1.1.** ☐ uzyskanie w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej świadczenia opieki zdrowotnej, określonego w wykazie, o którym mowa w art. 42e ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych **1.2.** ☐ uzyskanie w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim **UE/EFTA** świadczenia opieki zdrowotnej albo jego kontynuacja, w przypadku świadczeń udzielanych zgodnie z przepisami o koordynacji, oraz **1.2.1.** ☐ pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielania świadczenia
2.	Przewidywane koszty wnioskowanego leczenia lub badań diagnostycznych:	Koszty leczenia lub badan diagnostycznych w kraju (kwota do zwrotu): ..... (wypełnić, gdy w pkt. 1 zaznaczono pole 1.1.)
		Koszty leczenia lub badan diagnostycznych w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim UE/EFTA: .....
3.	Rodzaj środka oraz przewidywane koszty transportu do miejsca leczenia w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim UE/EFTA (wypełnić, gdy w pkt 1. zaznaczono pola 1.2 i 1.2.1.):	..... (środek transportu) ..... (koszty transportu)
4.	Miejscowość:.....Data:..... (dd/mm/rrrr) Podpis i pieczęć pracownika właściwej komórki organizacyjnej oddziału Funduszu: ..... Pieczęć właściwej komórki organizacyjnej oddziału Funduszu:	

CZĘŚĆ VI - SPIS ZAŁĄCZNIKÓW

Do niniejszego wniosku załączam następujące dokumenty (rodzaj, ilość ark.):

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

OŚWIADCZENIE

Świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu karnego oświadczam, że wszystkie dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.

Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego informowania Funduszu o zmianach, które nastąpią w trakcie rozpatrywania wniosku, w szczególności dotyczących danych osobowych lub ubezpieczeniowych.

Miejscowość:……Data:……Czytelny podpis osoby składającej wniosek: ……
(dd/mm/rrrr)

Miejscowość:……Data:……Czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek……
(dd/mm/rrrr)