Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 29 grudnia 2021 r. (poz. 2499)

z ałącznik nr 1

*WZÓR**

Strona 1 z 4

ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE

IDENTYFIKACJA ZLECENIA ☐ **ZLECENIE** ☐ **KONTYNUACJA ZLECENIA** [1)]

Unikalny numer identyfikacyjny (nadany przez NFZ)	**Kod kreskowy** (nadany przez NFZ)

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 lokalu lub pieczątka zawierająca dane z pól I.A.1-3**
I.A.3 REGON[2)]	

I.B. DANE PACJENTA

I.B.1 Imię (imiona)	**I.B.2 Nazwisko**

I.B.3 Numer PESEL	**I.B.4 Data urodzenia**[3)]	**I.B.5 Płeć**[3)]	**I.B.6 Symbol państwa, jeżeli dotyczy**[4)]	**I.B.7 Rodzaj i numer dokumentu uprawniającego do uzyskania przez pacjenta świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, jeżeli dotyczy**

I.B.8 Rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość[3)]	**I.B.9 Seria i numer**[3)]
☐paszport ☐inny[5)].....	

I.BA. UPRAWNIENIA

I.BA.1 UPRAWNIENIE DODATKOWE LUB INNE UPRAWNIENIE, Z KTÓREGO BĘDZIE KORZYSTAŁ PACJENT

	I.BA.2 Rodzaj dokumentu potwierdzającego uprawnienie dodatkowe lub wpisanie litery „C" na oznaczenie kobiety w ciąży	**I.BA.3 Numer dokumentu z pkt I.BA.2**[6)]	**I.BA.4 Data ważności dokumentu z pkt I.BA.2**[6)]	**I.BA.5 Data wystawienia dokumentu z pkt I.BA.2**[6)]	**I.BA.6 Numer prawa wykonywania zawodu osoby uprawnionej, która wystawiła dokument potwierdzający uprawnienie dodatkowe, jeżeli dotyczy**[6)]
I.BA.7 Kod tytułu uprawnienia dodatkowego[6)]					

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 na zaopatrzenie w wyroby medyczne).

[2)] Numer identyfikacyjny REGON. Należy wskazać REGON – 9 cyfr dla praktyk zawodowych albo 14 cyfr dla jednostek organizacyjnych.

[3)] Należy wypełnić w przypadku, gdy pacjent nie ma numeru PESEL.

[4)] Symbol państwa odpowiedniego dla instytucji właściwej dla osoby uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji.

[5)] W przypadku zaznaczenia pola „inny" należy wpisać rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość oraz państwo wydania dokumentu.

[6)] Wypełnia się, jeżeli dokument potwierdzający uprawnienie dodatkowe zawiera daną informację.

Unikalny numer identyfikacyjny (nadany przez NFZ)	**Kod kreskowy** (nadany przez NFZ)

I.C. OKREŚLENIE WYROBU MEDYCZNEGO

I.C.1 Wyrób medyczny[7)]

I.C.1.1 Grupa i liczba porządkowa	**I.C.1.2 Umiejscowienie** (nie dotyczy stomii) ☐ lewostronne ☐prawostronne ☐nie dotyczy
I.C.1.3 Liczba przetok (dotyczy stomii)	**I.C.1.4 Rodzaj przetok** (dotyczy stomii) ☐ urostomia ☐ kolostomia ☐ ileostomia ☐ przetoka ślinowa ☐ nefrostomia

I.C.1.5 Kod ICD-10 (uzasadnienie obejmujące jednostkowe dane medyczne pacjenta)	**I.C.1.6 Liczba sztuk** (dotyczy zleceń innych niż comiesięczne)	**I.C.1.7 Liczba sztuk na miesiąc** (dotyczy comiesięcznych zleceń)	**I.C.1.8 Pierwszy miesiąc zaopatrzenia comiesięcznego** (format: MM-RRRR)	**I.C.1.9 Liczba miesięcy zaopatrzenia comiesięcznego** (1– 12)

I.C.1.10 Nazwa wyrobu medycznego	**I.C.1.11 Kryteria przyznania wyrobu medycznego**[8)]

I.C.2 Soczewki okularowe

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

I.D. DODATKOWE WSKAZANIA OSOBY UPRAWNIONEJ DO WYSTAWIENIA ZLECENIA

I.D.1 ☐ Skrócenie okresu użytkowania wyrobu medycznego, jeżeli dotyczy
I.D.2 Uzasadnienie skrócenia okresu użytkowania

I.E. DANE OSOBY UPRAWNIONEJ DO WYSTAWIENIA ZLECENIA

I.E.1 Numer prawa wykonywania zawodu lub pieczątka zawierająca dane z pól I.E.1 i I.E.3		
I.E.2 Data wystawienia	**I.E.3 Imię (imiona) i nazwisko**	**I.E.4 Podpis**

Objaśnienia:

7) W przypadku soczewek okularowych należy uzupełnić tylko te pola, które dotyczą tej kategorii wyrobów medycznych.

8) Kryteria przyznawania wyrobu medycznego wydawanego na zlecenie zostały określone 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 2021 r. poz. 523, z późn. zm.). W przypadku zaopatrzenia obustronnego należy określić kryterium dla każdej strony osobno.

Unikalny numer identyfikacyjny (nadany przez NFZ)	Kod kreskowy (nadany przez NFZ)

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

II.A. WYNIK WERYFIKACJI

II.A.1 Wynik weryfikacji	II.A.2 Kod oddziału wojewódzkiego NFZ[9)]
☐ pozytywna ☐ negatywna	

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	II.B.6 Wysokość procentowego udziału NFZ w limicie finansowania[10)]	II.B.7 Data ważności potwierdzenia limitu finansowania[11)]

II.C. PRZYCZYNA NEGATYWNEJ WERYFIKACJI (JEŻELI DOTYCZY)

II.D. INFORMACJE DLA PACJENTA

II.E. POTWIERDZENIE WERYFIKACJI ZLECENIA

II.E.1 Data weryfikacji	II.E.2 Weryfikacja za pośrednictwem serwisów internetowych lub usług informatycznych NFZ/Imię (imiona), nazwisko i podpis pracownika oddziału wojewódzkiego NFZ

Objaśnienia:

[9)] Kod właściwego dla pacjenta oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, który finansuje zaopatrzenie w wyroby medyczne.

[10)] Wysokość udziału własnego pacjenta w limicie finansowania ze środków publicznych została określona 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.

[11)] Ważność potwierdzonego limitu finansowania ze środków publicznych wyrobu medycznego nie dotyczy kobiet w ciąży.

Unikalny numer identyfikacyjny (nadany przez NFZ)	Kod kreskowy (nadany przez NFZ)

CZĘŚĆ III. REALIZACJA ZLECENIA U ŚWIADCZENIODAWCY (WYPEŁNIA I DRUKUJE ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE WEDŁUG STANU NA DZIEŃ PRZYJĘCIA DO REALIZACJI [12])

III.A. PRZYJĘCIE DO REALIZACJI ZLECENIA

III.A.1 Data przyjęcia do realizacji	III.A.2 ☐ częściowa realizacja zlecenia	III.A.3 Miesiąc albo miesiące, których dotyczy realizacja zlecenia (słownie)

III.B DANE ŚWIADCZENIODAWCY REALIZUJĄCEGO ZLECENIE

III.B.1 Nazwa świadczeniodawcy	III.B.2 REGON[13]
III.B.3 Adres miejsca udzielania świadczeń: kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer domu lub lokalu	III.B.4 Numer umowy z NFZ

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

III.C.1 Czy pacjent posiada prawo do świadczeń opieki zdrowotnej? ☐ TAK ☐ NIE ☐ TAK-OŚWIADCZENIE[14]	III.C.2 Czy pacjent dysponuje nowymi uprawnieniami dodatkowymi lub innymi uprawnieniami? ☐ TAK ☐ NIE	III.C.3 Rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego uprawnienia dodatkowe z pkt III.C.2

III.C.4 Czy zmiana wieku pacjenta wpływa na limit finansowania? ☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE DOTYCZY	III.C.5 Czy nastąpiła zmiana limitu finansowania? ☐ TAK ☐ NIE	III.C.6 Limit finansowania	III.C.7 Wysokość procentowego udziału NFZ w limicie finansowania

CZĘŚĆ IV. POTWIERDZENIE WYDANIA WYROBU MEDYCZNEGO (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 Wytwórca, model, nazwa handlowa i numer seryjny[15]	IV.A.4 Liczba wydanych sztuk	IV.A.5 Cena detaliczna sztuki	IV.A.6 Informacja o miesiącu lub miesiącach, których dotyczy odbiór częściowy, jeżeli dotyczy

IV.A.7 Łączna kwota	IV.A.8 Kwota refundacji	IV.A.9 Kwota dopłaty pacjenta

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

IV.B.1 Data wydania	IV.B.2 Imię (imiona), nazwisko i podpis

IV.C. POTWIERDZENIE ODBIORU WYROBU MEDYCZNEGO (WYPEŁNIA OSOBA ODBIERAJĄCA)

IV.C.1 Osoba odbierająca

☐ pacjent ☐ inna osoba odbierająca

IV.C.2 Imię (imiona)[16]	IV.C.3 Nazwisko[16]	IV.C.4 Numer PESEL[16]

IV.C.5 Rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość[16] (należy wypełnić w przypadku, gdy osoba odbierająca nie ma numeru PESEL) ☐paszport ☐inny[17].....	IV.C.6 Seria i numer[16] (należy wypełnić w przypadku, gdy osoba odbierająca nie ma numeru PESEL)
IV.C.7 Data odbioru	IV.C.8 Czytelny podpis osoby odbierającej zawierający imię (imiona) i nazwisko

Objaśnienia:

[12] W przypadku realizowania zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne częściami świadczeniodawca realizujący zlecenie każdorazowo przy wydaniu wyrobu medycznego drukuje części III i IV wzoru.

[13] Numer identyfikacyjny REGON. Należy wskazać REGON – 9 cyfr dla praktyk zawodowych albo 14 cyfr dla jednostek organizacyjnych.

[14] Należy zaznaczyć w przypadku złożenia przez pacjenta albo jego przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika albo opiekuna faktycznego oświadczenia o potwierdzeniu posiadania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej.

[15] Numer seryjny należy wpisać, jeżeli został on nadany wydawanej sztuce wyrobu medycznego.

[16] Wypełnia się w przypadku, gdy osobą odbierającą jest inna osoba niż pacjent. W przypadku pacjenta wypełnia się, jeżeli dane pacjenta zamieszczone w sekcji I.B. uległy zmianie.

[17] W przypadku zaznaczenia pola „inny” należy wpisać rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość oraz państwo wydania dokumentu.

z ałącznik nr 2

*WZÓR**

Strona 1 z 2

ZLECENIE NAPRAWY WYROBU MEDYCZNEGO

IDENTYFIKACJA ZLECENIA

Unikalny numer identyfikacyjny (nadany przez NFZ)	**Kod kreskowy** (nadany przez NFZ)

CZĘŚĆ I. ZLECENIE I WERYFIKACJA UPRAWNIENIA (WYPEŁNIA I DRUKUJE ODDZIAŁ WOJEWÓDZKI NFZ)

I.A. DANE PACJENTA

I.A.1 Imię (imiona)	**I.A.2 Nazwisko**

I.A.3 Numer PESEL	**I.A.4 Data urodzenia[1)]**	**I.A.5 Płeć[1)]**	**I.A.6 Symbol państwa, jeżeli dotyczy[2)]**	**I.A.7 Rodzaj i numer dokumentu uprawniającego do uzyskania przez pacjenta świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, jeżeli dotyczy**

I.A.8 Rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość[1)]	**I.A.9 Seria i numer[1)]**
☐paszport ☐inny[3)].....	

I.AA. UPRAWNIENIE DODATKOWE, Z KTÓREGO BĘDZIE KORZYSTAŁ PACJENT

I.AA.1 Czy pacjent posiada uprawnienia dodatkowe?

☐ **TAK** ☐ **NIE**

I.B. OKREŚLENIE WYROBU MEDYCZNEGO BĘDĄCEGO PRZEDMIOTEM NAPRAWY WRAZ Z UZASADNIENIEM

I.B.1 Wyrób medyczny

I.B.1.1 Grupa i liczba porządkowa	**I.B.1.2 Numer ewidencyjny zlecenia, na którego podstawie wydano wyrób medyczny będący przedmiotem naprawy**
I.B.1.3 Umiejscowienie ☐ lewostronne ☐prawostronne ☐nie dotyczy	

I.B.1.4 Nazwa naprawianego wyrobu medycznego, wytwórca, model, nazwa handlowa, numer seryjny[4)] wraz z uzasadnieniem obejmującym jednostkowe dane medyczne pacjenta

I.C. WERYFIKACJA WRAZ Z POTWIERDZENIEM UPRAWNIENIA

I.C.1 Data weryfikacji	**I.C.2 Potwierdzone uprawnienie do naprawy** ☐ tak ☐ nie	**I.C.3 Limit ceny naprawy**	**I.C.4 Kod oddziału wojewódzkiego NFZ[5)]**	**I.C.5 Kod naprawy wyrobu medycznego**

I.CA. INFORMACJE

Zostałem poinformowany, że w przypadku dokonania naprawy i wykorzystania części lub całości limitu naprawy okres użytkowania wyrobu medycznego ulega wydłużeniu proporcjonalnie do wykorzystanej części limitu naprawy, z zaokrągleniem w dół do pełnego miesiąca.

I.CA.1 Okres użytkowania wyrobu medycznego ulega wydłużeniu do

I.CA.2 Czytelny podpis pacjenta	**I.CA.3 Data**

I.CB. WYNIK WERYFIKACJI

I.CB.1 Przyczyna odmowy naprawy	**I.CB.2 Weryfikacja za pośrednictwem serwisów internetowych lub usług informatycznych NFZ/Imię (imiona), nazwisko i podpis pracownika oddziału wojewódzkiego NFZ**

I.CB.3 Inne informacje dla pacjenta

Unikalny numer identyfikacyjny (nadany przez NFZ)	**Kod kreskowy** (nadany przez NFZ)

CZĘŚĆ II. REALIZACJA ZLECENIA NAPRAWY (WYPEŁNIA I DRUKUJE ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY NAPRAWĘ WEDŁUG STANU NA DZIEŃ PRZYJĘCIA ZLECENIA DO REALIZACJI)

II.A. REALIZACJA ZLECENIA NAPRAWY

II.A.1 Data przyjęcia zlecenia do realizacji

II.B. DANE ŚWIADCZENIODAWCY REALIZUJĄCEGO ZLECENIE NAPRAWY

II.B.1 Nazwa świadczeniodawcy	**II.B.2 REGON** [6]
II.B.3 Adres miejsca udzielania świadczeń	**II.B.4 Numer umowy z NFZ**

II.C. POTWIERDZENIE POSIADANIA PRAWA DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ I LIMITU FINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH

II.C.1 Czy pacjent posiada prawo do świadczeń opieki zdrowotnej?	**II.C.2 Czy pacjent dysponuje nowymi uprawnieniami dodatkowymi?**	**II.C.3 Rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego uprawnienia dodatkowe z pkt III.C.2**	**II.C.4 Limit finansowania**
☐ TAK ☐ NIE ☐ TAK-OŚWIADCZENIE[7]	☐ TAK ☐ NIE		

CZĘŚĆ III. POTWIERDZENIE WYDANIA NAPRAWIONEGO WYROBU MEDYCZNEGO (DRUKUJE ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE)

III.A. DANE DOTYCZĄCE NAPRAWIONEGO WYROBU MEDYCZNEGO (WYPEŁNIA ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE)

III.A.1 Opis naprawionego wyrobu medycznego wraz z opisem naprawy

III.A.2 Łączna kwota naprawy	**III.A.3 Kwota finansowania ze środków publicznych**	**III.A.4 Dopłata pacjenta do naprawy**	**III.A.5 Okres gwarancji**

III.B. POTWIERDZENIE WYDANIA NAPRAWIONEGO WYROBU MEDYCZNEGO (WYPEŁNIA ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE)

III.B.1 Data wydania	**III.B.2 Imię (imiona), nazwisko i podpis osoby wydającej**

III.C. POTWIERDZENIE ODBIORU NAPRAWIONEGO WYROBU MEDYCZNEGO (WYPEŁNIA OSOBA ODBIERAJĄCA)

III.C.1 Osoba odbierająca ☐ pacjent ☐ inna osoba odbierająca		
III.C.2 Imię (imiona)[8]	**III.C.3 Nazwisko**[8]	**III.C.4 Numer PESEL**[8]
III.C.5 Rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość[8] (należy wypełnić w przypadku, gdy osoba odbierająca nie ma numeru PESEL) ☐ paszport ☐ inny[3]	**III.C.6 Seria i numer**[8] (należy wypełnić w przypadku, gdy osoba odbierająca nie ma numeru PESEL)	
III.C.7 Data odbioru	**III.C.8 Czytelny podpis osoby odbierającej zawierający imię (imiona) i nazwisko**	

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] Należy wypełnić w przypadku, gdy pacjent nie ma numeru PESEL.

[2] Symbol państwa odpowiedniego dla instytucji właściwej dla osoby uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji.

[3] W przypadku zaznaczenia pola „inny" należy wpisać rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość oraz państwo wydania dokumentu.

[4] Numer seryjny należy wpisać, jeżeli został on nadany naprawianej sztuce wyrobu medycznego.

[5] Kod właściwego dla pacjenta oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, który finansuje naprawę wyrobu medycznego.

[6] Numer identyfikacyjny REGON. Należy wskazać REGON – 9 cyfr dla praktyk zawodowych albo 14 cyfr dla jednostek organizacyjnych.

[7] Należy zaznaczyć w przypadku złożenia przez pacjenta albo jego przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika albo opiekuna faktycznego oświadczenia o potwierdzeniu posiadania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej.

[8] Wypełnia się w przypadku, gdy osobą odbierającą jest inna osoba niż pacjent. W przypadku pacjenta wypełnia się, jeżeli dane pacjenta zamieszczone w sekcji I.A. uległy zmianie.