

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

	/			
--	---	--	--	--

Liczba sztuk _____

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

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: _____

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 oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696, z późn.zm.).

WYPEŁNIA OSOBA UPRAWNIIONA DO WYSTAWIENIA ZLECENIA LUB KONTYNUACJI ZAOPATRZENIA

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 _____

Podpis i pieczętka pracownika oddziału
wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

V. POTWIERDZENIE ODBIORU WYROBU MEDYCZNEGO U ŚWIADCZENIODAWCY

Data przyjęcia do realizacji

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

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

Data, pieczętka i podpis osoby realizującej zlecenie

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)

podpis osoby odbierającej***

*** W przypadku osoby niewidomej formą potwierdzenia odbioru może być również faksymile podpisu złożona w obecności osoby wydającej wyrób medyczny.