

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia 2 sierpnia 2019 r.

w sprawie zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz zlecenia naprawy wyrobu medycznego

Na podstawie art. 38 ust. 7 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 784, 999 i 1096) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa szczegółowy zakres informacji zawartych w zleceniu na zaopatrzenie w wyroby medyczne i zleceniu naprawy wyrobu medycznego, wzór zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz wzór zlecenia naprawy wyrobu medycznego.

§ 2. Zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne zawiera:

- 1) unikalny numer identyfikacyjny i unikalny numer identyfikacyjny w postaci kodu kreskowego nadane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zwany dalej „NFZ”, w celu identyfikacji zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne;
- 2) informację, czy zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne jest nowym zleceniem czy kontynuacją zlecenia uprzednio wystawionego;
- 3) dane podmiotu, w ramach którego wystawiono zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne:
 - a) nazwę,
 - b) adres miejsca udzielania świadczeń, w ramach którego wystawione zostało zlecenie: kod pocztowy, miejscowość, ulicę, numer domu lub lokalu,
 - c) REGON;
- 4) szczegółowe dane świadczeniobiorcy, zwanego dalej „pacjentem”:
 - a) określenie rodzaju dokumentu stwierdzającego tożsamość oraz państwa wydania dokumentu – w przypadku braku numeru PESEL i wskazania dokumentu innego niż paszport,
 - b) symbol państwa odpowiedniego dla instytucji właściwej dla osoby uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, jeżeli dotyczy,
 - c) rodzaj i numer dokumentu uprawniającego do uzyskania przez pacjenta świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, jeżeli dotyczy,
 - d) informacje o posiadanych przez pacjenta uprawnieniach dodatkowych lub innych uprawnieniach:
 - rodzaj dokumentu potwierdzającego uprawnienia dodatkowe lub wpisanie litery „C” na oznaczenie kobiety w ciąży,
 - numer dokumentu potwierdzającego uprawnienia dodatkowe,
 - datę ważności dokumentu potwierdzającego uprawnienia dodatkowe,

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 10 stycznia 2018 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 95).

- datę wystawienia dokumentu potwierdzającego uprawnienia dodatkowe,
 - numer prawa wykonywania zawodu osoby uprawnionej, która wystawiła dokument potwierdzający uprawnienia dodatkowe, jeżeli dotyczy,
 - kod tytułu uprawnienia dodatkowego;
- 5) szczególne informacje dotyczące wyrobu medycznego:
- a) dla wyrobów medycznych:
 - grupę i liczbę porządkową wyrobu medycznego,
 - liczbę przetok i ich rodzaj w przypadku stomii albo umiejscowienie w przypadku innych wyrobów medycznych,
 - kod ICD-10,
 - liczbę sztuk w przypadku zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne innych niż comiesięczne albo liczbę sztuk na miesiąc w przypadku zleceń comiesięcznych,
 - informację o pierwszym miesiącu zaopatrzenia comiesięcznego oraz liczbie miesięcy zaopatrzenia comiesięcznego w przypadku zleceń comiesięcznych,
 - nazwę wyrobu medycznego,
 - kryteria przyznania wyrobu medycznego,
 - b) dla soczewek okularowych – informacje umożliwiające prawidłowe wykonanie wyrobu medycznego, odpowiadające rodzajowi wady wzroku pacjenta oraz jego budowie anatomicznej;
- 6) informacje o dodatkowych wskazaniach osoby uprawnionej do wystawienia zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne:
- a) dotyczące skrócenia okresu użytkowania wyrobu medycznego, jeżeli dotyczy,
 - b) uzasadnienie skrócenia okresu użytkowania wyrobu medycznego, o którym mowa w lit. a;
- 7) informacje o osobie uprawnionej do wystawienia zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne:
- a) numer prawa wykonywania zawodu,
 - b) datę wystawienia zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne,
 - c) imię (imiona) i nazwisko, podpis osoby uprawnionej do wystawienia zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne;
- 8) informacje umożliwiające dokonanie weryfikacji zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne:
- a) informacje umożliwiające ustalenie wyniku weryfikacji przez wskazanie, czy weryfikacja jest uznana za pozytywną czy negatywną, a w przypadku uznania weryfikacji za negatywną – informację o przyczynie negatywnej weryfikacji zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne,
 - b) ustalenie okresu, w którym zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne może zostać zrealizowane,
 - c) kod właściwego dla pacjenta oddziału wojewódzkiego NFZ, który finansuje zaopatrzenie w wyroby medyczne,
 - d) informacje umożliwiające potwierdzenie limitu finansowania ze środków publicznych wyrobu medycznego:
 - umiejscowienie wyrobu medycznego, jeżeli dotyczy,
 - potwierdzoną liczbę sztuk wyrobu medycznego,
 - wskazanie danych niezbędnych do ustalenia limitu finansowania ze środków publicznych wyrobu medycznego: grupy i liczby porządkowej wyrobu medycznego, kodu wyrobu medycznego, limitu finansowania ze środków publicznych wyrobu medycznego, wysokości procentowego udziału NFZ w limicie finansowania ze środków publicznych wyrobu medycznego,
 - datę ważności potwierdzenia limitu finansowania ze środków publicznych wyrobu medycznego, jeżeli dotyczy,
 - e) informacje dla pacjenta, jeżeli dotyczy,
 - f) informację potwierdzającą dokonanie weryfikacji zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne przez wskazanie daty weryfikacji,
 - g) informację o weryfikacji zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne za pośrednictwem serwisów internetowych lub usług informatycznych NFZ, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1373 i 1394), a w przypadku weryfikacji sporządzonej w postaci papierowej – podpis, imię (imiona) i nazwisko pracownika oddziału wojewódzkiego NFZ;

- 9) informacje dotyczące przyjęcia do realizacji zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne:
 - a) datę przyjęcia zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne do realizacji,
 - b) informację potwierdzającą częściową realizację zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne,
 - c) informację dotyczącą miesiąca albo miesięcy, których dotyczy realizacja zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne;
- 10) informacje o świadczeniodawcy realizującym zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne:
 - a) nazwę świadczeniodawcy,
 - b) REGON,
 - c) adres miejsca udzielania świadczeń, w ramach którego zlecenie na wyroby medyczne jest realizowane: kod pocztowy, miejscowość, ulicę, numer domu lub lokalu,
 - d) numer umowy z NFZ;
- 11) informacje dotyczące potwierdzenia posiadania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej:
 - a) informację wskazującą na wynik potwierdzenia posiadania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej przez oznaczenie, że potwierdzono prawo do świadczeń opieki zdrowotnej albo nastąpiła odmowa potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej,
 - b) informację o potwierdzeniu posiadania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie oświadczenia złożonego przez pacjenta albo jego przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika albo opiekuna faktycznego w rozumieniu ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2019 r. poz. 1127 i 1128);
- 12) informacje dotyczące sprawdzenia posiadanych przez pacjenta dodatkowych uprawnień lub innych uprawnień:
 - a) informację o nowym uprawnieniu dodatkowym lub innym uprawnieniu na podstawie informacji, o których mowa w pkt 4 lit. d,
 - b) rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego uprawnienia dodatkowe,
 - c) informacje o aktualności dotychczasowego limitu finansowania ze środków publicznych wyrobu medycznego i jego wysokości, w tym informację o wpływie (lub jego braku) zmiany wieku pacjenta na limit finansowania,
 - d) informację o wysokości procentowego udziału NFZ w limicie finansowania ze środków publicznych wyrobu medycznego;
- 13) informacje dotyczące potwierdzenia wydania wyrobu medycznego u świadczeniodawcy:
 - a) dane dotyczące wydanego wyrobu medycznego:
 - kod wyrobu medycznego,
 - umiejscowienie wyrobu medycznego, jeżeli dotyczy,
 - wytwórcę, model, nazwę handlową i numer seryjny wyrobu medycznego,
 - liczbę wydanych sztuk wyrobu medycznego,
 - cenę detaliczną sztuki wyrobu medycznego,
 - informację o miesiącu lub miesiącach, których dotyczy odbiór częściowy wyrobu medycznego, jeżeli dotyczy,
 - łączną kwotę za wyrób medyczny,
 - kwotę refundacji wyrobu medycznego,
 - kwotę dopłaty pacjenta do wyrobu medycznego,
 - b) dane potwierdzające wydanie wyrobu medycznego:
 - datę wydania wyrobu medycznego,
 - imię (imiona), nazwisko i podpis osoby wydającej wyrób medyczny;
- 14) szczegółowe informacje dotyczące potwierdzenia odbioru wyrobu medycznego:
 - a) w zakresie danych osoby odbierającej wyrób medyczny – określenie rodzaju dokumentu stwierdzającego tożsamość oraz państwa wydania dokumentu – w przypadku braku numeru PESEL i wskazania dokumentu innego niż paszport,

- b) w zakresie innych danych:
 - informację o dacie odbioru wyrobu medycznego,
 - czytelny podpis osoby odbierającej wyrób medyczny zawierający imię (imiona) i nazwisko.

§ 3. Zlecenie naprawy wyrobu medycznego zawiera:

- 1) unikalny numer identyfikacyjny i unikalny numer identyfikacyjny w postaci kodu kreskowego nadane przez NFZ w celu identyfikacji zlecenia naprawy wyrobu medycznego;
- 2) szczegółowe dane pacjenta:
 - a) określenie rodzaju dokumentu stwierdzającego tożsamość oraz państwa wydania dokumentu – w przypadku braku numeru PESEL i wskazania dokumentu innego niż paszport,
 - b) symbol państwa odpowiedniego dla instytucji właściwej dla osoby uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, jeżeli dotyczy,
 - c) rodzaj i numer dokumentu uprawniającego do uzyskania przez pacjenta świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji;
- 3) informację o posiadaniu uprawnień dodatkowych;
- 4) szczegółowe informacje dotyczące wyrobu medycznego będącego przedmiotem naprawy:
 - a) grupę i liczbę porządkową wyrobu medycznego,
 - b) numer ewidencyjny zlecenia, na którego podstawie wydano wyrób medyczny będący przedmiotem naprawy,
 - c) umiejscowienie wyrobu medycznego, jeżeli dotyczy,
 - d) nazwę naprawianego wyrobu medycznego, wytwórcę, model, nazwę handlową, numer seryjny, jeżeli dotyczy;
- 5) informacje umożliwiające weryfikację zlecenia naprawy wyrobu medycznego:
 - a) informacje potwierdzające dokonanie weryfikacji zlecenia naprawy wyrobu medycznego przez wskazanie daty weryfikacji,
 - b) informacje umożliwiające ustalenie wyniku weryfikacji przez wskazanie, czy zostało potwierdzone uprawnienie do naprawy wyrobu medycznego; w przypadku odmowy naprawy wyrobu medycznego – informację o przyczynie odmowy naprawy wyrobu medycznego,
 - c) limit ceny naprawy wyrobu medycznego,
 - d) kod właściwego dla pacjenta oddziału wojewódzkiego NFZ, który finansuje naprawę wyrobu medycznego,
 - e) kod naprawy wyrobu medycznego;
- 6) informację mającą na celu poinformowanie pacjenta, 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, wraz ze wskazaniem okresu, o który okres użytkowania wyrobu medycznego ulega wydłużeniu;
- 7) datę oraz czytelny podpis pacjenta potwierdzający zapoznanie się z informacją, o której mowa w pkt 6;
- 8) informację o weryfikacji zlecenia naprawy wyrobu medycznego za pośrednictwem serwisów internetowych lub usług informatycznych NFZ, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a w przypadku weryfikacji sporządzonej w postaci papierowej – podpis, imię (imiona) i nazwisko pracownika oddziału wojewódzkiego NFZ;
- 9) inne informacje dla pacjenta, jeżeli dotyczy;
- 10) datę przyjęcia zlecenia naprawy wyrobu medycznego do realizacji;
- 11) dane świadczeniodawcy realizującego zlecenie naprawy wyrobu medycznego:
 - a) nazwę,
 - b) REGON,
 - c) adres miejsca udzielania świadczeń, w ramach którego zlecenie naprawy wyrobu medycznego jest realizowane,
 - d) numer umowy z NFZ;

- 12) informacje dotyczące potwierdzenia posiadania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej:
 - a) informację wskazującą na wynik potwierdzenia posiadania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej przez oznaczenie, że potwierdzono prawo do świadczeń opieki zdrowotnej albo nastąpiła odmowa potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej,
 - b) informację o potwierdzeniu posiadania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie oświadczenia złożonego przez pacjenta albo jego przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika albo opiekuna faktycznego w rozumieniu ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
- 13) informacje dotyczące sprawdzenia posiadanych przez pacjenta uprawnień dodatkowych:
 - a) informację o nowym uprawnieniu dodatkowym na podstawie informacji, o których mowa w pkt 3,
 - b) rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego uprawnienia dodatkowe, jeżeli dotyczy,
 - c) informacje o wysokości limitu finansowania ze środków publicznych naprawy wyrobu medycznego;
- 14) informacje dotyczące naprawionego wyrobu medycznego:
 - a) opis naprawionego wyrobu medycznego wraz z opisem naprawy,
 - b) łączną kwotę naprawy wyrobu medycznego,
 - c) kwotę finansowania ze środków publicznych naprawy wyrobu medycznego,
 - d) dopłatę pacjenta do naprawy wyrobu medycznego,
 - e) okres gwarancji naprawy wyrobu medycznego;
- 15) informacje dotyczące potwierdzenia wydania naprawionego wyrobu medycznego:
 - a) datę wydania naprawionego wyrobu medycznego,
 - b) imię (imiona), nazwisko i podpis osoby wydającej naprawiony wyrób medyczny;
- 16) informacje dotyczące potwierdzenia odbioru naprawionego wyrobu medycznego:
 - a) w zakresie danych osoby odbierającej naprawiony wyrób medyczny – określenie rodzaju dokumentu stwierdzającego tożsamość oraz państwa wydania dokumentu – w przypadku braku numeru PESEL i wskazania dokumentu innego niż paszport,
 - b) w zakresie innych danych:
 - datę odbioru naprawionego wyrobu medycznego,
 - czytelny podpis osoby odbierającej naprawiony wyrób medyczny zawierający imię (imiona) i nazwisko.

§ 4. Wzór zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne jest określony w załączniku nr 1 do rozporządzenia.

§ 5. Wzór zlecenia naprawy wyrobu medycznego jest określony w załączniku nr 2 do rozporządzenia.

§ 6. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 września 2019 r.²⁾

Minister Zdrowia: wz. *J. Cieszyński*

²⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 marca 2019 r. w sprawie zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz zlecenia naprawy wyrobu medycznego (Dz. U. poz. 582), które traci moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 16 maja 2019 r. o zmianie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1096).

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 2 sierpnia 2019 r. (poz. 1555)

Załącznik nr 1

WZÓR*

Strona 1 z 4

ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE					
IDENTYFIKACJA ZLECENIA		<input type="checkbox"/> ZLECENIE		<input type="checkbox"/> KONTYNUACJA ZLECENIA ¹⁾	
Unikalny numer identyfikacyjny (nadany przez NFZ)		Kod kreskowy (nadany przez NFZ)			
CZĘŚĆ I. WYSTAWIENIE ZLECENIA (WYPEŁNIA I DRUKUJE OSOBA UPRAWNIIONA 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 pieczętka 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⁾	
<input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> 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 medyczny⁷⁾			
I.C.1.1 Grupa i liczba porządkowa		I.C.1.2 Umiejscowienie (nie dotyczy stomii) <input type="checkbox"/> lewostronne <input type="checkbox"/> prawostronne <input type="checkbox"/> nie dotyczy	
I.C.1.3 Liczba przetok (dotyczy stomii)		I.C.1.4 Rodzaj przetok (dotyczy stomii) <input type="checkbox"/> urostomia <input type="checkbox"/> kolostomia <input type="checkbox"/> ileostomia <input type="checkbox"/> przetoka ślinowa <input type="checkbox"/> 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 medycznego⁸⁾	
I.C.2 Soczewki okularowe			
	Sfera	Cylinder	Oś
Do dali	OP		
	OL		
Do bliży	OP		
	OL		
Odległość źrenic mm			
I.D. DODATKOWE WSKAZANIA OSOBY UPRAWNIONEJ DO WYSTAWIENIA ZLECENIA			
I.D.1 <input type="checkbox"/> 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 pieczętka 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 2019 r. poz. 784, 999 i 1096). 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 UPRAWNIIONA DO WYSTAWIENIA ZLECENIA)						
II.A. WYNIK WERYFIKACJI						
II.A.1 Wynik weryfikacji <input type="checkbox"/> pozytywna <input type="checkbox"/> negatywna					II.A.2 Kod oddziału wojewódzkiego NFZ ⁹⁾	
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 <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK - OŚWIADCZENIE ¹⁴⁾		III.C.2 Czy pacjent dysponuje nowymi uprawnieniami dodatkowymi lub innymi uprawnieniami? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE			
III.C.3 Rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego uprawnienia dodatkowe z pkt III.C.2		III.C.7 Wysokość procentowego udziału NFZ w limicie finansowania			
III.C.4 Czy zmiana wieku pacjenta wpływa na limit finansowania? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY	III.C.5 Czy nastąpiła zmiana limitu finansowania? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	III.C.6 Limit 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 <input type="checkbox"/> pacjent <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> 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.

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 <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>														I.A.4 Data urodzenia ¹⁾	I.A.5 Płeć ²⁾	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⁾ <input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> inny ³⁾			I.A.9 Seria i numer ¹⁾ <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>																
I.AA. UPRAWNIENIE DODATKOWE, Z KTÓREGO BĘDZIE KORZYSTAŁ PACJENT																			
I.AA.1 Czy pacjent posiada uprawnienia dodatkowe? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> lewostronne <input type="checkbox"/> prawostronne <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> 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⁾																					
		<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																					
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?																					
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK - OŚWIADCZENIE ⁷⁾		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE																					
		II.C.3 Rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego uprawnienia dodatkowe z pkt III.C.2																					
		II.C.4 Limit finansowania																					
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																							
<input type="checkbox"/> pacjent <input type="checkbox"/> inna osoba odbierająca																							
III.C.2 Imię (imiona) ⁸⁾		III.C.3 Nazwisko ⁸⁾																					
		III.C.4 Numer PESEL ⁸⁾																					
		<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																					
III.C.5 Rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość ⁸⁾ (należy wypełnić w przypadku, gdy osoba odbierająca nie ma numeru PESEL)		III.C.6 Seria i numer ⁸⁾ (należy wypełnić w przypadku, gdy osoba odbierająca nie ma numeru PESEL)																					
<input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> inny ³⁾		<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																					
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.