

ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE*

Numer ewidencyjny zlecenia

Pieczęć 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

Pieczęć 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.).

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.