

## ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE

### IDENTYFIKACJA ZLECENIA

 ZLECENIE KONTYNUACJA ZLECENIA<sup>1)</sup>

Identyfikator zlecenia

Kod kreskowy

### 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<sup>2)</sup>I.A.3 REGON<sup>3)</sup>

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

#### I.B. DANE PACJENTA

I.B.1 Imię (imiona)

I.B.2 Nazwisko

I.B.3 Numer PESEL

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

I.B.4 Data urodzenia<sup>4)</sup>I.B.5 Płeć<sup>4)</sup>I.B.6 Symbol państwa, jeżeli dotyczy<sup>5)</sup>I.B.7 Rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, jeżeli dotyczy<sup>6)</sup>I.B.8 Dokument stwierdzający tożsamość<sup>4)</sup> paszport  inny<sup>7)</sup> .....I.B.9 Seria i numer<sup>4)</sup>

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

I.B.10 Kraj wydania dokumentu stwierdzającego tożsamość, o którym mowa w pkt I.B.8

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

I.BA.1 Kod tytułu uprawnienia dodatkowego<sup>8)</sup>I.BA.2 Dane identyfikujące dokument potwierdzający uprawnienie dodatkowe<sup>9)</sup>I.BA.3 Ciąża<sup>10)</sup>

|                        |              |
|------------------------|--------------|
| Identyfikator zlecenia | Kod kreskowy |
|------------------------|--------------|

**I.C. OKREŚLENIE WYROBU MEDYCZNEGO<sup>11)</sup>**

|   |   |  |  |  |
|---|---|--|--|--|
| I.C.1 Grupa i liczba porządkowa   |   | I.C.2 Umiejscowienie (nie dotyczy stomii)<br><input type="checkbox"/> lewostronne <input type="checkbox"/> prawostronne <input type="checkbox"/> nie dotyczy   |  |  |
| I.C.3 Liczba przetok (dotyczy stomii)   |   | I.C.4 Rodzaj przetok (dotyczy stomii)<br><input type="checkbox"/> urostomia <input type="checkbox"/> kolostomia <input type="checkbox"/> ileostomia <input type="checkbox"/> nefrostomia <input type="checkbox"/> inna |  |  |
| I.C.5 Kod ICD-10  | I.C.6 Liczba sztuk (dotyczy zleceń innych niż comiesięczne) | I.C.7 Liczba sztuk na miesiąc (dotyczy comiesięcznych zleceń) <sup>12)</sup>   | I.C.8 Pierwszy miesiąc zaopatrzenia comiesięcznego (format: MM-RRRR) | I.C.9 Liczba miesięcy zaopatrzenia comiesięcznego (1-12) |
| I.C.10 Nazwa wyrobu medycznego  | I.C.11 Kryteria przyznania wyrobu medycznego <sup>13)</sup> | I.C.12 Dodatkowe informacje dotyczące wyrobu <sup>14)</sup>  |  |  |
| I.C.13 Uzasadnienie medyczne przyznania większej liczby sztuk wyrobu medycznego – w przypadku uprawnienia dodatkowego 47ZN, 47DN, 47ZDN |   |  |  |  |

**I.CA Soczewki okularowe**

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

**I.D. DODATKOWE WSKAZANIA DO WYSTAWIENIA ZLECENIA (WYPEŁNIA OSOBA UPRAWNIONA DO WYSTAWIENIA ZLECENIA)**

|  |   |
|--|---|
| I.D.1 Skrócenie okresu użytkowania wyrobu medycznego<br><input type="checkbox"/> | I.D.2 Wskazanie kryterium skrócenia okresu użytkowania wyrobu medycznego, jeżeli dotyczy <sup>15)</sup> |
|  | I.D.3 Uzasadnienie skrócenia okresu użytkowania wyrobu medycznego, jeżeli dotyczy                       |

**I.E. DANE OSOBY UPRAWNIONEJ DO WYSTAWIENIA ZLECENIA**

|   |  |
|---|--|
| I.E.1 Numer prawa wykonywania zawodu <sup>16)</sup> | I.E.2 Imię (imiona) i nazwisko   |
| I.E.3 Data wystawienia                              | I.E.4 Podpis osoby uprawnionej do wystawienia zlecenia, jeżeli dotyczy |

Identyfikator zlecenia

Kod kreskowy

**CZĘŚĆ II. WERYFIKACJA ZLECENIA** (DOKONYWANA PRZEZ NFZ ZA POŚREDNICTWEM 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<sup>17)</sup>

pozytywna  negatywna

II.A.2 Kod oddziału wojewódzkiego NFZ<sup>18)</sup>

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 <sup>19)</sup> | II.B.6 Wysokość procentowego udziału NFZ w limicie finansowania <sup>20)</sup> | II.B.7 Data ważności potwierdzenia limitu finansowania <sup>21)</sup> |
|----------------------------------|------------------------------|---|----------------------------------|--|--|---|
|                                  |                              |   |                                  |  |  |   |

**II.BA. POTWIERDZONE PRAWO DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

II.BA.1 Sposób potwierdzenia prawa do świadczeń<sup>22)</sup>

eWUŚ  oświadczenie  dokument

II.BA.2 Dane identyfikujące dokument potwierdzający prawo do świadczeń, jeżeli w pkt II.BA.1 zaznaczono „dokument”<sup>23)</sup>

**II.C. PRZYCZYNA NEGATYWNEJ WERYFIKACJI** (JEŻELI DOTYCZY)

|  |
|--|
|  |
|--|

**II.D. DODATKOWE INFORMACJE DLA PACJENTA**

|  |
|--|
|  |
|--|

**II.E. POTWIERDZENIE WERYFIKACJI ZLECENIA**

II.E.1 Data weryfikacji

|  |
|--|
|  |
|--|

|                        |              |
|------------------------|--------------|
| Identyfikator zlecenia | Kod kreskowy |
|------------------------|--------------|

**CZĘŚĆ III. REALIZACJA ZLECENIA U ŚWIADCZENIODAWCY** (WYPEŁNIA I DRUKUJE ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE WEDŁUG STANU NA DZIEŃ PRZYJĘCIA DO REALIZACJI<sup>24)</sup>)

**III.A. PRZYJĘCIE DO REALIZACJI ZLECENIA**

|                                      |   |  |
|--------------------------------------|---|--|
| III.A.1 Data przyjęcia do realizacji | III.A.2<br><input type="checkbox"/> częściowa realizacja zlecenia | III.A.3 Miesiąc albo miesiące i rok, których dotyczy realizacja zlecenia |
|--------------------------------------|---|--|

**III.B DANE ŚWIADCZENIODAWCY REALIZUJĄCEGO ZLECENIE**

|   |                             |
|---|-----------------------------|
| III.B.1 Nazwa świadczeniodawcy  | III.B.2 REGON <sup>3)</sup> |
|   |                             |
| III.B.3 Adres miejsca udzielania świadczeń: kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer domu lub lokalu <sup>2)</sup> | III.B.4 Numer umowy z NFZ   |

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

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| III.C.1 Sposób potwierdzenia prawa do świadczeń <sup>25)</sup><br><input type="checkbox"/> eWUŚ <input type="checkbox"/> oświadczenie <input type="checkbox"/> dokument | III.C.2 Dane identyfikujące dokument potwierdzający prawo do świadczeń, jeżeli w pkt III.C.1 zaznaczono „dokument” <sup>23)</sup> |   |  |
| III.C.3 Czy pacjent dysponuje nowymi uprawnieniami dodatkowymi lub innymi uprawnieniami?<br><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE                   | III.C.4 Kod tytułu uprawnienia dodatkowego, jeżeli w pkt III.C.3 zaznaczono „TAK” <sup>8)</sup>                                   |   |  |
| III.C.5 Dane identyfikujące dokument potwierdzający uprawnienie dodatkowe, jeżeli w pkt III.C.3 zaznaczono „TAK” <sup>9)</sup>  |   |   |  |
| III.C.6 Zmiana wieku pacjenta<br><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy   | III.C.7 Zmiana limitu finansowania<br><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie                                   | III.C.8 Limit finansowania <sup>19)</sup> | III.C.9 Wysokość procentowego udziału NFZ w limicie finansowania |

**CZĘŚĆ IV. POTWIERDZENIE WYDANIA WYROBU MEDYCZNEGO** (WYPEŁNIA I 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 Producent, model, nazwa handlowa i kod UDI <sup>26)</sup> | IV.A.4 Liczba wydanych sztuk | IV.A.5 Cena detaliczna sztuki |
|                              |   |  |                              |                               |
| IV.A.6 łączna kwota          | IV.A.7 Kwota refundacji   | IV.A.8 Kwota dopłaty pacjenta                                    |                              |                               |

**IV.B. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYDANIA WYROBU MEDYCZNEGO** (WYPEŁNIA ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE)

|                     |  |
|---------------------|--|
| IV.B.1 Data wydania | IV.B.2 Imię (imiona) i nazwisko osoby wydającej wyrób medyczny |
|                     |  |

**IV.C. DANE DOTYCZĄCE ODBIORU WYROBU MEDYCZNEGO** (WYPEŁNIA OSOBA ODBIERAJĄCA LUB ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE)

|  |                                |  |
|--|--------------------------------|--|
| IV.C.1 Osoba odbierająca<br><input type="checkbox"/> pacjent <input type="checkbox"/> inna osoba odbierająca   |                                |  |
| IV.C.2 Imię (imiona) <sup>27)</sup>  | IV.C.3 Nazwisko <sup>27)</sup> | IV.C.4 Numer PESEL <sup>27)</sup>  |
|  |                                |  |
| IV.C.5 Rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość <sup>27)</sup> (należy wypełnić w przypadku, gdy osoba odbierająca nie ma numeru PESEL)<br><input type="checkbox"/> paszport <sup>28)</sup> <input type="checkbox"/> inny <sup>28)</sup> ..... |                                | IV.C.6 Seria i numer <sup>27)</sup> (należy wypełnić w przypadku, gdy osoba odbierająca nie ma numeru PESEL) |
|  |                                |  |
| IV.C.7 Data odbioru  |                                |  |

## 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).
  - 2) W przypadku zleceń papierowych dopuszczalne jest wykorzystanie pieczętki albo naklejki zawierających dane z pól I.A.1–3 lub III.B.1–3.
  - 3) Numer identyfikacyjny REGON. Należy wskazać REGON – 9 cyfr dla praktyk zawodowych albo 14 cyfr dla jednostek organizacyjnych.
  - 4) Należy wypełnić w przypadku, gdy pacjent nie ma numeru PESEL.
  - 5) Symbol państwa odpowiedniego dla instytucji właściwej dla osoby uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji.
  - 6) W przypadku potwierdzenia prawa do świadczeń w sposób inny niż dokumentem elektronicznym, o którym mowa w art. 50 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”, tj. z użyciem systemu eWUŚ – należy wskazać rodzaj i numer (o ile dotyczy) dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń, np. oświadczenie pacjenta, decyzja wójta, burmistrza, prezydenta, a w przypadku osób uprawnionych do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji – rodzaj i numer dokumentu uprawniającego i oznaczenie instytucji właściwej, która wydała ten dokument.
  - 7) W przypadku zaznaczenia pola „inny” należy wpisać rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość.
  - 8) Kod tytułu uprawnienia dodatkowego, określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy o świadczeniach.
  - 9) Należy wpisać rodzaj dokumentu oraz – jeżeli takie dane występują na dokumencie – jego numer, datę wystawienia, datę ważności oraz numer prawa wykonywania zawodu osoby uprawnionej, która wystawiła dokument.
  - 10) Należy zaznaczyć, jeżeli kobieta jest w ciąży, a ciąża stanowi kryterium przyznania wyrobu medycznego.
  - 11) W przypadku soczewek okularowych należy uzupełnić tylko te pola, które dotyczą tej kategorii wyrobów medycznych.
  - 12) W przypadku wyrobów medycznych przysługujących comiesięcznie, dla których nie została określona liczba sztuk 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 2023 r. poz. 826), zwanej dalej „ustawą o refundacji”, należy wpisać liczbę 1 albo jej wielokrotność (w przypadku uprawnień dodatkowych), z dokładnością do 1 miejsca po przecinku.
  - 13) Kryteria przyznawania wyrobu medycznego wydawanego na zlecenie zostały określone w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy o refundacji. W przypadku zaopatrzenia obustronnego należy określić kryterium dla każdej strony osobno.
  - 14) Należy wpisać dodatkowe informacje dotyczące wyrobu np. stopień ucisku, preferowane wyposażenie dodatkowe.
  - 15) Zgodnie z kryteriami przyznawania wyrobów medycznych, których okres użytkowania może ulec skróceniu, określonymi w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy o refundacji.
  - 16) W przypadku zleceń papierowych dopuszczalne jest wykorzystanie pieczętki albo naklejki zawierających dane z pól I.E.1 i I.E.2.
  - 17) Wynik weryfikacji obejmuje potwierdzenie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej oraz prawa do wyrobu medycznego.
  - 18) Kod właściwego dla pacjenta oddziału wojewódzkiego NFZ, który finansuje zaopatrzenie w wyroby medyczne.
  - 19) W przypadku zleceń comiesięcznych – dotyczy limitu na jeden miesiąc.
  - 20) Wysokość udziału własnego pacjenta w limicie finansowania ze środków publicznych została określona w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy o refundacji.
  - 21) Ważność potwierdzonego limitu finansowania ze środków publicznych wyrobu medycznego nie dotyczy kobiet w ciąży.
  - 22) Wynik weryfikacji prawa do świadczeń opieki zdrowotnej: eWUŚ – w przypadku potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej dokumentem elektronicznym, o którym mowa w art. 50 ust. 3 ustawy o świadczeniach; oświadczenie – w przypadku złożenia przez pacjenta oświadczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 2a, 6 albo ust. 9 ustawy o świadczeniach, albo dokument – w przypadku przedstawienia dokumentu papierowego potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej.
  - 23) Należy wskazać rodzaj i numer (o ile dotyczy) dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, np. oświadczenie pacjenta, decyzja wójta, burmistrza, prezydenta, a w przypadku osób uprawnionych do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji – rodzaj i numer dokumentu uprawniającego i oznaczenie instytucji właściwej, która wydała ten dokument.
  - 24) W przypadku realizowania zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne w częściach świadczeniodawca realizujący zlecenie każdorazowo przy wydaniu wyrobu medycznego drukuje części III i IV wzoru.
  - 25) Należy zaznaczyć odpowiednio: eWUŚ – w przypadku potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej dokumentem elektronicznym, o którym mowa w art. 50 ust. 3 ustawy o świadczeniach; oświadczenie – w przypadku złożenia przez pacjenta oświadczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 2a, 6 albo ust. 9 ustawy o świadczeniach, albo dokument – w przypadku przedstawienia dokumentu papierowego potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej.
  - 26) W przypadku braku kodu UDI należy wskazać numer seryjny albo inny numer lub równoważny symbol jednoznacznie identyfikujący wyrób medyczny.
  - 27) Wypełnia się w przypadku, gdy osobą odbierającą jest inna osoba niż pacjent. W przypadku pacjenta wypełnia się, jeżeli dane pacjenta zamieszczone w cz. I.B uległy zmianie.
  - 28) W przypadku zaznaczenia pola „paszport” należy wpisać państwo wydania, a w przypadku zaznaczenia pola „inny” należy wpisać rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość oraz państwo jego wydania.