

Warszawa, dnia 30 grudnia 2013 r.

Poz. 1678

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia 6 grudnia 2013 r.

w sprawie wzoru zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz wzoru zlecenia naprawy

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. Nr 122, poz. 696, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Ustala się wzór zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne, stanowiący załącznik nr 1 do rozporządzenia.

§ 2. Ustala się wzór zlecenia naprawy wyrobu medycznego, stanowiący załącznik nr 2 do rozporządzenia.

§ 3. Potwierdzenie uprawnienia do zaopatrzenia wyrobem medycznym dokonane przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia w przypadku:

- 1) wyrobów medycznych przysługujących comiesięcznie zachowuje ważność do dnia 31 grudnia 2014 r.;
- 2) wyrobów medycznych innych niż określone w pkt 1 zachowuje ważność do dnia 31 lipca 2014 r.

§ 4. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2014 r.

Minister Zdrowia: *B.A. Arłukowicz*

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 248, poz. 1495 i Nr 284, poz. 1672).

²⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2012 r. poz. 95 i 742 oraz z 2013 r. poz. 766 i 1290.

| | |
|---|---|
| WYPEŁNIA PRACOWNIK ODDZIAŁU WOJEWÓDZKIEGO NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA | 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 <div style="text-align: right;"> _____ Pieczętka i podpis pracownika oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia </div> |
| | V. POTWIERDZENIE ODBIORU WYROBU MEDYCZNEGO U ŚWIADCZENIODAWCY <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> _____ Data przyjęcia do realizacji </div> <div style="width: 45%;"> _____ Pieczętka podmiotu realizującego czynności z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne, w tym adres miejsca udzielania świadczeń wraz z numerem umowy z NFZ </div> </div> 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 <div style="text-align: right;"> _____ Data, pieczętka i podpis osoby realizującej zlecenie </div> 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) <div style="text-align: right;"> _____ podpis osoby odbierającej*** </div> |
| *** W przypadku osoby niewidomej formą potwierdzenia odbioru może być również faksymile podpisu złożona w obecności osoby wydającej wyrób medyczny. | |

(część B)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | <p>ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE KARTA POTWIERDZENIA UPRAWNIENIA NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE PRZYSŁUGUJĄCE COMIESIĘCZNIE*</p> <p>Numer ewidencyjny zlecenia</p> <p style="text-align: right;">_____ Pieczętka oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">WYPEŁNIA PRACOWNIK ODDZIAŁU WOJEWÓDZKIEGO NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA</p> | <p>I. DANE ŚWIADCZENIOBIORCY</p> <p>Nazwisko i imię:</p> <p>Adres zamieszkania Kod pocztowy: Miejscowość:</p> <p>Ulica nr domu m.</p> <p>Numer PESEL, a w przypadku jego braku nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center; width: 150px; 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><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>Kod tytułu uprawnienia:</p> <p>Kod tytułu uprawnienia dodatkowego: Numer dokumentu:</p> <p>Data ważności karty od do (miesiąc, rok) (miesiąc, rok)</p> <p>II. OKREŚLENIE WYROBU MEDYCZNEGO**</p> <p>Liczba porządkowa wyrobu medycznego <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center; width: 40px; height: 20px;"> </table> / <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center; width: 60px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>Liczba sztuk:</p> <p>Określenie wyrobu medycznego:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p style="text-align: right;">_____ Pieczętka i podpis pracownika oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia</p> <p><small>*Potwierdzenie uprawnienia do zaopatrzenia comiesięcznego wystawia oddział wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia na okres nie dłuższy niż 12 miesięcy. ** 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.).</small></p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

POTWIERDZENIE WYSTAWIONYCH ZLECEŃ ORAZ ICH REALIZACJI***

| | Lp. | Data wystawienia zlecenia | Nazwa wyrobu medycznego | Liczba sztuk | Zaopatrzenie dotyczy miesiąca (nazwę miesiąca wpisać słownie) | Pieczętka i podpis osoby uprawnionej do wystawienia lub kontynuacji zlecenia**** | Data realizacji Pieczętka i podpis osoby realizującej świadczenie |
|---|-----|---------------------------|-------------------------|--------------|---|--|--|
| | | | | | | | |
| WYPEŁNIA ZLECAJĄCY ORAZ PODMIOT REALIZUJĄCY CZYNNOŚCI Z ZAKRESU ZAOPATRZENIA W WYROBY MEDYCZNE | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

*** Potwierdzenie wystawionych zleceń oraz ich realizacji staje się własnością świadczeniobiorcy.

**** Przy pierwszym zleceniu, pierwszy wiersz wypełnia pracownik oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

WZÓR

| ZLECENIE NAPRAWY WYROBU MEDYCZNEGO | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Numer ewidencyjny zlecenia:..... | | | | | | | | | | | | | |
| WYPEŁNIA PRACOWNIK ODDZIAŁU WOJEWÓDZKIEGO NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA | 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 | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | II. OKREŚLENIE WYROBU MEDYCZNEGO | | | | | | | | | | | | |
| | Dane dotyczące wyrobu medycznego (wytwórca, model, nazwa handlowa) wraz z pisemnym uzasadnieniem, numer ewidencyjny zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne, na podstawie którego zostało zrealizowane świadczenie | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | III. POTWIERDZENIE UPRAWNIENIA DO NAPRAWY WYROBU MEDYCZNEGO | | | | | | | | | | | | |
| | Kod tytułu uprawnienia | | | | | | | | | | | | |
| Kod tytułu uprawnienia dodatkowego nr dokumentu | | | | | | | | | | | | | |
| Nazwa i numer oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia | | | | | | | | | | | | | |
| Określenie wyrobu medycznego*: | | | | | | | | | | | | | |
| Liczba porządkowa wyrobu medycznego* <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> / <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| Limit ceny naprawy* | | | | | | | | | | | | | |
| Przyczyna odmowy potwierdzenia prawa do refundacji naprawy | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| Data potwierdzenia zlecenia | | | | | | | | | | | | | |
| IV. INFORMACJA DLA ŚWIADCZENIOBIORCY | | | | | | | | | | | | | |
| Zostałem poinformowany, że w przypadku dokonania naprawy i wykorzystaniu części lub całości tego limitu okres użytkowania wyrobu medycznego ulega wydłużeniu proporcjonalnie do wykorzystanej części limitu naprawy, z zaokrągleniem w dół do pełnego miesiąca. | | | | | | | | | | | | | |
| Okres użytkowania wyrobu medycznego ulega wydłużeniu do:..... | | | | | | | | | | | | | |
| _____ Data i podpis osoby wnioskującej | | | | | | | | | | | | | |
| _____ Podpis i pieczęć pracownika oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia | | | | | | | | | | | | | |
| <small>* 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.).</small> | | | | | | | | | | | | | |

