

Warszawa, dnia 31 grudnia 2021 r.

Poz. 2499

**ROZPORZĄDZENIE  
MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup>**

z dnia 29 grudnia 2021 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 2021 r. poz. 523, 1292, 1559, 2054 i 2120) 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 w postaci papierowej oraz wzór zlecenia naprawy wyrobu medycznego w postaci papierowej.

**§ 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,

---

<sup>1)</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 27 sierpnia 2020 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. z 2021 r. poz. 932).

- 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), nazwisko i 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 w wykazie wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie, 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 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.<sup>2)</sup>), a w przypadku weryfikacji sporządzonej w postaci papierowej – imię (imiona), nazwisko i podpis pracownika oddziału wojewódzkiego NFZ;

<sup>2)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2021 r. poz. 1292, 1559, 1773, 1834, 1981, 2105, 2120, 2232, 2270, 2427 i 2469.

- 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 art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2020 r. poz. 849);
- 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 zawierający imię (imiona) i nazwisko, 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 na wyroby medyczne jest realizowane: kod pocztowy, miejscowość, ulicę, numer domu lub lokalu,
  - 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 art. 3 ust. 1 pkt 1 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 w postaci papierowej jest określony w załączniku nr 1 do rozporządzenia.

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

§ 6. Zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne i zlecenia naprawy wyrobu medycznego wystawione przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia zachowują swoją ważność.

§ 7. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2022 r.<sup>3)</sup>

Minister Zdrowia: *A. Niedzielski*

<sup>3)</sup> Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 2 sierpnia 2019 r. w sprawie zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz zlecenia naprawy wyrobu medycznego (Dz. U. poz. 1555), które traci moc z dniem 1 stycznia 2022 r. zgodnie z art. 30 ustawy z dnia 27 listopada 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii kadr medycznych (Dz. U. poz. 2401 oraz z 2021 r. poz. 1104 i 2459).

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia  
z dnia 29 grudnia 2021 r. (poz. 2499)

Załącznik nr 1

WZÓR\*

Strona 1 z 4

<b>ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE</b>					
<b>IDYNTYFIKACJA ZLECENIA</b>			<input type="checkbox"/> ZLECENIE		<input type="checkbox"/> KONTYNUACJA ZLECENIA <sup>1)</sup>
Unikalny numer identyfikacyjny (nadany przez NFZ)			Kod kreskowy (nadany przez NFZ)		
<b>CZĘŚĆ I. WYSTAWIENIE ZLECENIA (WYPEŁNIA I DRUKUJE OSOBA UPRAWNIIONA DO WYSTAWIENIA ZLECENIA)</b>					
<b>I.A. DANE PODMIOTU, W RAMACH KTÓREGO WYSTAWIONO ZLECENIE</b>					
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 <sup>2)</sup>					
<b>I.B. DANE PACJENTA</b>					
I.B.1 Imię (imiona)			I.B.2 Nazwisko		
I.B.3 Numer PESEL		I.B.4 Data urodzenia <sup>3)</sup>	I.B.5 Płeć <sup>3)</sup>	I.B.6 Symbol państwa, jeżeli dotyczy <sup>4)</sup>	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 <sup>2,3)</sup>				I.B.9 Seria i numer <sup>3)</sup>	
<input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> inny <sup>5)</sup> .....					
<b>I.BA. UPRAWNIENIA</b>					
<b>I.BA.1 UPRAWNIENIE DODATKOWE LUB INNE UPRAWNIENIE, Z KTÓREGO BĘDZIE KORZYSTAŁ PACJENT</b>					
	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 <sup>6)</sup>	I.BA.4 Data ważności dokumentu z pkt I.BA.2 <sup>6)</sup>	I.BA.5 Data wystawienia dokumentu z pkt I.BA.2 <sup>6)</sup>	I.BA.6 Numer prawa wykonywania zawodu osoby uprawnionej, która wystawiła dokument potwierdzający uprawnienie dodatkowe, jeżeli dotyczy <sup>6)</sup>
I.BA.7 Kod tytułu uprawnienia dodatkowego <sup>6)</sup>					
.....					

**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.

<sup>1)</sup> Dotyczy wyrobów medycznych przysługujących comiesięcznie (wypełnia osoba uprawniona do wystawienia zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne).<sup>2)</sup> Numer identyfikacyjny REGON. Należy wskazać REGON – 9 cyfr dla praktyk zawodowych albo 14 cyfr dla jednostek organizacyjnych.<sup>3)</sup> Należy wypełnić w przypadku, gdy pacjent nie ma numeru PESEL.<sup>4)</sup> Symbol państwa odpowiedniego dla instytucji właściwej dla osoby uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji.<sup>5)</sup> W przypadku zaznaczenia pola „inny” należy wpisać rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość oraz państwo wydania dokumentu.<sup>6)</sup> Wypełnia się, jeżeli dokument potwierdzający uprawnienie dodatkowe zawiera daną informację.

<b>Unikalny numer identyfikacyjny</b> (nadany przez NFZ)		<b>Kod kreskowy</b> (nadany przez NFZ)	
<b>I.C. OKREŚLENIE WYROBU MEDYCZNEGO</b>			
<b>I.C.1 Wyrób medyczny<sup>7)</sup></b>			
<b>I.C.1.1 Grupa i liczba porządkowa</b>		<b>I.C.1.2 Umiejscowienie</b> (nie dotyczy stomii) <input type="checkbox"/> lewostronne <input type="checkbox"/> prawostronne <input type="checkbox"/> nie dotyczy	
<b>I.C.1.3 Liczba przetok</b> (dotyczy stomii)		<b>I.C.1.4 Rodzaj przetok</b> (dotyczy stomii) <input type="checkbox"/> urostomia <input type="checkbox"/> kolostomia <input type="checkbox"/> ileostomia <input type="checkbox"/> przetoka ślinowa <input type="checkbox"/> nefrostomia	
<b>I.C.1.5 Kod ICD-10</b> (uzasadnienie obejmujące jednostkowe dane medyczne pacjenta)	<b>I.C.1.6 Liczba sztuk</b> (dotyczy zleceń innych niż comiesięczne)	<b>I.C.1.7 Liczba sztuk na miesiąc</b> (dotyczy comiesięcznych zleceń)	<b>I.C.1.8 Pierwszy miesiąc zaopatrzenia comiesięcznego</b> (format: MM-RRRR)
		<b>I.C.1.9 Liczba miesięcy zaopatrzenia comiesięcznego</b> (1-12)	
<b>I.C.1.10 Nazwa wyrobu medycznego</b>		<b>I.C.1.11 Kryteria przyznania wyrobu medycznego<sup>8)</sup></b>	
<b>I.C.2 Soczewki okularowe</b>			
		Sfera	Cylinder
Do dali	OP		
	OL		
Do bliży	OP		
	OL		
		Pryzma	
		Odległość źrenic ..... mm	
<b>I.D. DODATKOWE WSKAZANIA OSOBY UPRAWNIONEJ DO WYSTAWIENIA ZLECENIA</b>			
<b>I.D.1</b> <input type="checkbox"/> Skrócenie okresu użytkowania wyrobu medycznego, jeżeli dotyczy			
<b>I.D.2 Uzasadnienie skrócenia okresu użytkowania</b>			
<b>I.E. DANE OSOBY UPRAWNIONEJ DO WYSTAWIENIA ZLECENIA</b>			
<b>I.E.1 Numer prawa wykonywania zawodu lub pieczętka zawierająca dane z pól I.E.1 i I.E.3</b>			
<b>I.E.2 Data wystawienia</b>	<b>I.E.3 Imię (imiona) i nazwisko</b>	<b>I.E.4 Podpis</b>	

**Objaśnienia:**

<sup>7)</sup> W przypadku soczewek okularowych należy uzupełnić tylko te pola, które dotyczą tej kategorii wyrobów medycznych.

<sup>8)</sup> 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 2021 r. poz. 523, z późn. zm.). W przypadku zaopatrzenia obustronnego należy określić kryterium dla każdej strony osobno.

Unikalny numer identyfikacyjny (nadany przez NFZ)		Kod kreskowy (nadany przez NFZ)				
<b>CZĘŚĆ II. WERYFIKACJA ZLECENIA</b> (DOKONYWANA PRZEZ NFZ ZA POŚREDNICTWEM SERWISÓW INTERNETOWYCH LUB USŁUG INFORMATYCZNYCH NFZ ALBO BEZPOŚREDNIO W ODDZIALE WOJEWÓDZKIM NFZ – WÓWCZAS DRUKUJE OSOBA UPRAWNIONA DO WYSTAWIENIA ZLECENIA)						
<b>II.A. WYNIK WERYFIKACJI</b>						
II.A.1 Wynik weryfikacji <input type="checkbox"/> pozytywna <input type="checkbox"/> negatywna		II.A.2 Kod oddziału wojewódzkiego NFZ <sup>9)</sup>				
II.AA.1 Realizacja zlecenia od dnia		II.AA.2 Końcowa data realizacji zlecenia				
<b>II.B. POTWIERDZENIE LIMITU FINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH WYROBU MEDYCZNEGO</b>						
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 <sup>10)</sup>	II.B.7 Data ważności potwierdzenia limitu finansowania <sup>11)</sup>
<b>II.C. PRZYCZYNA NEGATYWNEJ WERYFIKACJI</b> (JEŻELI DOTYCZY)						
<b>II.D. INFORMACJE DLA PACJENTA</b>						
<b>II.E. POTWIERDZENIE WERYFIKACJI ZLECENIA</b>						
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:**

<sup>9)</sup> Kod właściwego dla pacjenta oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, który finansuje zaopatrzenie w wyroby medyczne.

<sup>10)</sup> 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.

<sup>11)</sup> 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)			
<b>CZĘŚĆ III. REALIZACJA ZLECENIA U ŚWIADCZENIODAWCY</b> (WYPEŁNIA I DRUKUJE ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE WEDŁUG STANU NA DZIEŃ PRZYJĘCIA DO REALIZACJI <sup>12)</sup> )					
<b>III.A. PRZYJĘCIE DO REALIZACJI ZLECENIA</b>					
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)			
<b>III.B DANE ŚWIADCZENIODAWCY REALIZUJĄCEGO ZLECENIE</b>					
III.B.1 Nazwa świadczeniodawcy		III.B.2 REGON <sup>13)</sup>			
III.B.3 Adres miejsca udzielania świadczeń: kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer domu lub lokalu		III.B.4 Numer umowy z NFZ			
<b>III.C. POTWIERDZENIE POSIADANIA PRAWA DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ I LIMITU FINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH</b>					
III.C.1 Czy pacjent posiada prawo do świadczeń opieki zdrowotnej? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK-OŚWIADCZENIE <sup>14)</sup>	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.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	III.C.7 Wysokość procentowego udziału NFZ w limicie finansowania		
<b>CZĘŚĆ IV. POTWIERDZENIE WYDANIA WYROBU MEDYCZNEGO</b> (DRUKUJE ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE)					
<b>IV.A. DANE DOTYCZĄCE WYDANEGO WYROBU MEDYCZNEGO</b> (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 <sup>15)</sup>	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		
<b>IV.B. POTWIERDZENIE WYDANIA WYROBU MEDYCZNEGO</b> (WYPEŁNIA ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE)					
IV.B.1 Data wydania		IV.B.2 Imię (imiona), nazwisko i podpis			
<b>IV.C. POTWIERDZENIE ODBIORU WYROBU MEDYCZNEGO</b> (WYPEŁNIA OSOBA ODBIERAJĄCA)					
IV.C.1 Osoba odbierająca <input type="checkbox"/> pacjent <input type="checkbox"/> inna osoba odbierająca					
IV.C.2 Imię (imiona) <sup>16)</sup>		IV.C.3 Nazwisko <sup>16)</sup>		IV.C.4 Numer PESEL <sup>16)</sup>	
IV.C.5 Rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość <sup>16)</sup> (należy wypełnić w przypadku, gdy osoba odbierająca nie ma numeru PESEL) <input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> inny <sup>17)</sup> .....			IV.C.6 Seria i numer <sup>16)</sup> (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:**

<sup>12)</sup> W przypadku realizowania zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne częściami świadczeniodawca realizujący zlecenie każdorazowo przy wydaniu wyrobu medycznego drukuje części III i IV wzoru.

<sup>13)</sup> Numer identyfikacyjny REGON. Należy wskazać REGON – 9 cyfr dla praktyk zawodowych albo 14 cyfr dla jednostek organizacyjnych.

<sup>14)</sup> 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.

<sup>15)</sup> Numer seryjny należy wpisać, jeżeli został on nadany wydawanej sztuce wyrobu medycznego.

<sup>16)</sup> 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.

<sup>17)</sup> W przypadku zaznaczenia pola „inny” należy wpisać rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość oraz państwo wydania dokumentu.



