Załącznik nr 2

*Wzór\**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | **I.A.4 Data urodzenia1)** | | | **I.A.5 Płeć1)** | | | **I.A.6 Symbol państwa, jeżeli dotyczy2)** | | | | **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 tożsamość1)** | | | | | | | | | **I.A.9 Seria i numer1)**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | |
| **□**paszport **□**inny3)........................................................................... | | | | | | | | |
| **I.AA. UPRAWNIENIE DODATKOWE, Z KTÓREGO BĘDZIE KORZYSTAŁ PACJENT** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  |  | | --- | --- | | **I.AA.1 Czy pacjent posiada uprawnienia dodatkowe?**  **□ TAK □ 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**  **□** lewostronne □prawostronne □nie dotyczy | | | | | | | | |
| **I.B.1.4 Nazwa naprawianego wyrobu medycznego, wytwórca, model, nazwa handlowa, numer seryjny4) 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**  **□** tak **□** nie | **I.C.3 Limit ceny naprawy** | **I.C.4 Kod oddziału wojewódzkiego NFZ5)** | **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)**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | |  |
|  | **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?**  □ TAK □ NIE □ TAK-OŚWIADCZENIE7) | **II.C.2 Czy pacjent dysponuje nowymi uprawnieniami dodatkowymi?**  □ TAK □ 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.3 Łączna kwota naprawy** | **III.A.4 Kwota finansowania ze środków publicznych** | **III.A.5 Dopłata pacjenta do naprawy** | **III.A.6 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**  □ pacjent □ inna osoba odbierająca | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | **III.C.2 Imię (imiona)8)** | **III.C.3 Nazwisko8)** | | | | | | | | | **III.C.4 Numer PESEL8**)   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | |  |
| **III.C.5** **Rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość8)** (należy wypełnić w przypadku, gdy osoba odbierająca nie ma numeru PESEL) | | | | | **III.C.6 Seria i numer8)** (należy wypełnić w przypadku, gdy osoba odbierająca nie ma numeru PESEL)   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | | | | |
| □ paszport □ inny3) ............................................................ | | | | |
| **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, gdyosobą odbierającą jest inna osoba niż pacjent. W przypadku pacjenta wypełnia się, jeżeli dane pacjenta zamieszczone w sekcji I.A. uległy zmianie.