Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia (Dz. U. poz. ).

Załącznik nr 1

*Wzór\**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE** | | | | | | | | | | | |  | | |
| **IDENTYFIKACJA ZLECENIA** | | | | | | **□ ZLECENIE** | | | | **□ KONTYNUACJA ZLECENIA 1)** | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **Identyfikator zlecenia** | | | **Kod kreskowy** | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **CZĘŚĆ I. WYSTAWIENIE ZLECENIA** (WYPEŁNIA I DRUKUJE OSOBA UPRAWNIONA 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 lokalu3)** | | | | | | | |  | |
| **I.A.3 REGON2)**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **I.B. DANE PACJENTA** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **I.B.1 Imię (imiona)** | | | | **I.B.2 Nazwisko** | | | | | | | |  | |
| **I.B.3 Numer PESEL**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | **I.B.4 Data urodzenia4)** | | | | **I.B.5 Płeć4)** | **I.B.6 Symbol państwa, jeżeli dotyczy5)** | **I.B.7 Rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego prawo pacjenta do świadczeń opieki zdrowotnej6)** | | | |
| **I.B.8 Dokument stwierdzający tożsamość4)** | | | | | | **I.B.9 Seria i numer4)**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | |
| **□**paszport **□**inny7)............................................................... | | | | | |
|  | **I.B.10 Kraj wydania dokumentu stwierdzającego tożsamość**7) | | | | | | | | | | | | |  |
| **I.BA. UPRAWNIENIE DODATKOWE LUB INNE UPRAWNIENIE, Z KTÓREGO BĘDZIE KORZYSTAŁ PACJENT** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **I.BA.1 Kod tytułu uprawnienia dodatkowego8)** | **I.BA.2 Dane identyfikujące dokument potwierdzający uprawnienie dodatkowe9)** | | | | | | | | | **I.BA.3 Ciąża 10)**  **□** | |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | |  | | | **Identyfikator zlecenia** | **Kod kreskowy** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **I.C. OKREŚLENIE WYROBU MEDYCZNEGO11)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **I.C.1 Grupa i liczba porządkowa** | | | | | **I.C.2 Umiejscowienie** (nie dotyczy stomii) | | | | | | | | | | | |  |
| **□** lewostronne □prawostronne □nie dotyczy | | | | | | | | | | | |
| **I.C.3 Liczba przetok** (dotyczy stomii) | | | | | **I.C.4 Rodzaj przetok** (dotyczy stomii)  □ urostomia □ kolostomia □ ileostomia □ nefrostomia □ 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) 12) | | | **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 medycznego13)** | | | | | | **I.C.12 Dodatkoweinformacje dotyczące wyrobu14)** | | | | |
|  | **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 | | |  | | |  |
| Do dali | OP |  | | | | |  | |  | |  | | | Odległość źrenic .............. mm | | |
| 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**  □ | | | **I.D.2 Wskazanie kryterium skrócenia okresu użytkowania wyrobu medycznego15)** | | | | | | | | | | | | | |  |
| **I.D.3 Uzasadnienie skrócenia okresu użytkowania wyrobu medycznego** | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **I.E. DANE OSOBY UPRAWNIONEJ DO WYSTAWIENIA ZLECENIA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **I.E.1 Numer prawa wykonywania zawodu osoby uprawnionej16)** | | | | | | | | **I.E.2 Imię (imiona) i nazwisko osoby uprawnionej** | | | | | | | **I.E.3 Numer telefonu** | |  |
| **I.E.4 Data wystawienia** | | | | | | | | **I.E.5 Podpis osoby wystawiającej zlecenie** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **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 17)**  **□** pozytywna **□** negatywna | | **II.A.2 Kod oddziału wojewódzkiego NFZ 18)** | |  | | | | **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 finansowania19)** | **II.B.6 Wysokość procentowego udziału NFZ w limicie finansowania20)** | **II.B.7 Data ważności potwierdzenia limitu finansowania21)** |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | |
| **II.BA. POTWIERDZONE PRAWO DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ**   |  |  | | --- | --- | | **II.BA.1 Sposób potwierdzenia prawa do świadczeń22)**  **□** eWUŚ □ oświadczenie □ dokument | **II.BA.2 Dane identyfikujące dokument potwierdzający prawo do świadczeń, jeżeli w pkt II.BA.1 zaznaczono „dokument”23)** | | | | | | | | | | |
| **II.C. PRZYCZYNA NEGATYWNEJ WERYFIKACJI** (JEŻELI DOTYCZY) | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | |
| **II.D.** **DODATKOWE** **INFORMACJE DLA PACJENTA**   |  | | --- | |  |   . | | | | | | | | | |
| **II.E. POTWIERDZENIE WERYFIKACJI ZLECENIA** | | | | | | | | | |
|  | **II.E.1 Data weryfikacji** | | | **II.E.2 Weryfikacja za pośrednictwem usług informatycznych NFZ/Imię (imiona), nazwisko i podpis pracownika oddziału wojewódzkiego NFZ przeprowadzającego weryfikację** | | | | |  |
|  | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | **Identyfikator zlecenia** | **Kod kreskowy** | | | | | |
| **CZĘŚĆ III. REALIZACJA ZLECENIA U ŚWIADCZENIODAWCY** (WYPEŁNIA I DRUKUJE ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE WEDŁUG STANU NA DZIEŃ PRZYJĘCIA DO REALIZACJI 24)) | | | | |
| **III.A. PRZYJĘCIE DO REALIZACJI ZLECENIA**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **III.A.1 Data przyjęcia do realizacji** | **III.A.2**  **□** 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 REGON2)**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
|  | **III.B.3 Adres miejsca udzielania świadczeń: kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer domu lub lokalu** | | **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 świadczeń25)**  **□** eWUŚ □ oświadczenie □ dokument | | **III.C.2 Dane identyfikujące dokument potwierdzający prawo do świadczeń, jeżeli w pkt III.C.1 zaznaczono „dokument”22)** | | | | | **III.C.3 Czy uprawnienie dodatkowe jest zgodne z uprawnieniem wskazanym w sekcji I.BA.1**  **□** zgodne □ inne □ brak uprawnień | | **III.C.4 Kod tytułu uprawnienia dodatkowego - jeżeli w punkcie III.C.3 zaznaczono „inne”8)** | | | | | **III.C.5 Dane identyfikujące dokument potwierdzający uprawnienie dodatkowe9)** | | | | | **III.C.6 Ciąża 10)**  □ | | **III.C.7 Zmiana wieku pacjenta**  □ tak □ nie □ nie dotyczy | **III.C.8 Zmiana limitu finansowania**  □ tak □ nie | | **III.C.9 Limit finansowania18)** | **III.C.10 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 UDI26)** | **IV.A.4 Liczba wydanych sztuk** | **IV.A.5 Cena detaliczna sztuki** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **IV.A.7 Łączna kwota** | **IV.A.8 Kwota refundacji** | **IV.A.9 Kwota dopłaty pacjenta** |   **.** | | | | |
| **IV.B. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYDANIA WYROBU MEDYCZNEGO** (WYPEŁNIA ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE) | | | | |
|  | **IV.B.1 Data wydania** | **IV.B.2 Imię i nazwisko oraz podpis osoby wydającej wyrób medyczny** | |  |
|  | | | | |
| **IV.C. DANE DOTYCZĄCE ODBIORU WYROBU MEDYCZNEGO** (WYPEŁNIA OSOBA ODBIERAJĄCA LUB ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE) | | | | |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **IV.C.1 Osoba odbierająca**  **□** pacjent□ inna osoba odbierająca | | | | | **IV.C.2 Imię (imiona)** | **IV.C.3 Nazwisko** | | **IV.C.4 Numer PESEL**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | **IV.C.5** **Rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość** (należy wypełnić w przypadku, gdy osoba odbierająca nie ma numeru PESEL) | | **IV.C.6 Seria i numer** (należy wypełnić w przypadku, gdy osoba odbierająca nie ma numeru PESEL)   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | □paszport □inny7)........................................................................ | | | **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) Numer identyfikacyjny REGON. Należy wskazać REGON – 9 cyfr dla praktyk zawodowych albo 14 cyfr dla jednostek organizacyjnych.

3) W przypadku zleceń papierowych dopuszczalne jest wykorzystanie pieczątki albo naklejki zawierające dane z pól I.A.1-3.

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, 2674 i 27770 .), 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 oraz państwo wydania dokumentu.

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 – numer dokumentu, datę wystawienia, datę ważności oraz - jeżeli dotyczy - 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 2022 r. poz. 2555 i 2674), 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 z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. 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 z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

16) W przypadku zleceń papierowych dopuszczalne jest wykorzystanie pieczątki albo naklejki zawierające 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 Narodowego Funduszu Zdrowia, 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 z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

21) Ważność potwierdzonego limitu finansowania ze środków publicznych wyrobu medycznego nie dotyczy kobiet w ciąży.

22) Wynik weryfikacji prawa do świadczeń: 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 albo 50 ust. 6 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, 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 częściami 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 albo 50 ust. 6 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.