Załącznik nr 2

*Wzór\**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ZLECENIE NAPRAWY WYROBU MEDYCZNEGO** | | | | | | | | | |  | |
| **IDENTYFIKACJA ZLECENIA** | | | | | | | | |  | |  |
|  | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | **Identyfikator zlecenia** | | | | **Kod kreskowy** | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | |
| **CZĘŚĆ I. ZLECENIE NAPRAWY** (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 potwierdzającego prawo pacjenta do świadczeń opieki zdrowotnej3)** | | |
|  | |  | |  | |  | | |
| **I.A.7 Dokument stwierdzający tożsamość1)** | | | | | | **I.A.8 Seria i numer1)**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | |
| **□**paszport **□**inny4)........................................................................... | | | | | |
| **I.B.10 Kraj wydania dokumentu stwierdzającego tożsamość** | | | | | | | | | |
| **I.AA. UPRAWNIENIE DODATKOWE, Z KTÓREGO BĘDZIE KORZYSTAŁ PACJENT**   |  |  | | --- | --- | | **I.AA.1 Kod tytułu uprawnienia dodatkowego5)** | **I.AA.2 Dane identyfikujące dokument potwierdzający uprawnienia dodatkowe6)** | | | | | | | | | | | | |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | **I.B. INFORMACJE** | | | | 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.B.1 Pacjent został poinformowany o wydłużeniu okresu użytkowania naprawianego wyrobu medycznego**  **□ TAK** | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **I.C. OKREŚLENIE WYROBU MEDYCZNEGO BĘDĄCEGO PRZEDMIOTEM NAPRAWY WRAZ Z UZASADNIENIEM** | | | | | | | | | | | |
|  | **I.C.1 Wyrób medyczny** | | | | | | | | | |  |
| **I.C.1.1 Grupa i liczba porządkowa** | | | | | | **I.C.1.2 Identyfikator zlecenia na którego podstawie wydano wyrób medyczny będący przedmiotem naprawy** | | | |
| **I.C.1.3 Umiejscowienie**  **□** lewostronne □prawostronne □nie dotyczy | | | | | |
| **I.C.1.4 Nazwa naprawianego wyrobu medycznego, producent, model, nazwa handlowa, kod UDI7) wraz z uzasadnieniem obejmującym jednostkowe dane medyczne pacjenta** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Identyfikator zlecenia** | **Kod kreskowy** |  |  | | | | | |
| **CZĘŚĆ II. WERYFIKACJA ZLECENIA NAPRAWY** (WYPEŁNIA I DRUKUJE ODDZIAŁ WOJEWÓDZKI NFZ) | | | | |
| **II.A. WYNIK WERYFIKACJI**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **II.A.1 Wynik weryfikacji8)**  **□** pozytywna **□** negatywna | | **II.A.2 Kod oddziału wojewódzkiego NFZ9)** | |  | | | | **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 Limit ceny naprawy** | | **II.B.2 Kod naprawy wyrobu medycznego** |  |
| **II.B.3 Okres użytkowania wyrobu medycznego ulega wydłużeniu do** | | |
|  | | | | |
| **II.C. POTWIERDZONE PRAWO DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ**   |  |  | | --- | --- | | **I.C.1 Sposób potwierdzenia prawa do świadczeń10)**  **□** eWUŚ □ dokument | **I.C.2 Dane identyfikujące dokument potwierdzający prawo do świadczeń, jeżeli w pkt w pkt I.C.1 zaznaczono „dokument”11)** | | | | | |
| **II.D. PRZYCZYNA NEGATYWNEJ WERYFIKACJI** (JEŻELI DOTYCZY) | | | | |
|  |  | | |  |
|  | | | | |
| **II.E.** **DODATKOWE** **INFORMACJE DLA PACJENTA**   |  | | --- | |  |   . | | | | |
| **II.F. POTWIERDZENIE WERYFIKACJI ZLECENIA** | | | | |
|  | **II.F.1 Data weryfikacji** | **II.F.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 NAPRAWY** (WYPEŁNIA I DRUKUJE ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY NAPRAWĘ WEDŁUG STANU NA DZIEŃ PRZYJĘCIA DO REALIZACJI) | | | | |
| **III.A. REALIZACJA ZLECENIA** **NAPRAWY**   |  | | --- | | **III.A.1 Data przyjęcia zlecenia do realizacji** |   **III.B. DANE ŚWIADCZENIODAWCY REALIZUJĄCEGO ZLECENIE NAPRAWY** | | | | |
|  | **III.B.1 Nazwa świadczeniodawcy** | | **III.B.2 REGON świadczeniodawcy12)**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
|  | **III.B.3 Adres miejsca udzielania świadczeń** | | **III.B.4 Numer umowy z NFZ** |  |
| **III.C. POTWIERDZENIE POSIADANIA PRAWA DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ I LIMITU FINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **III.C.1 Sposób potwierdzenia prawa do świadczeń13)**  **□** eWUŚ □ oświadczenie □ dokument | **III.C.2 Dane identyfikujące dokument potwierdzający prawo do świadczeń, jeżeli w pkt III.C.1 zaznaczono „dokument”11)** | | | **III.C.3 Czy uprawnienie dodatkowe jest zgodne z uprawnieniem wskazanym w sekcji I.AA.1**  **□** zgodne □ inne □ brak uprawnień | **III.C.4 Kod tytułu uprawnienia dodatkowego, jeżeli w punkcie III.C.3 zaznaczono „inne”5)** | | | | **III.C.5 Dane identyfikujące dokument potwierdzający uprawnienie dodatkowe6)** | | **III.C.6 Limit finansowania** | | | | | |
| **CZĘŚĆ IV. POTWIERDZENIE WYDANIA NAPRAWIONEGO WYROBU MEDYCZNEGO** (WYPEŁNIA I DRUKUJE ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE NAPRAWY) | | | | |
| **IV.A. DANE DOTYCZĄCE NAPRAWIONEGO WYROBU MEDYCZNEGO**   |  | | --- | | **IV.A.1 Opis naprawionego wyrobu medycznego wraz z opisem naprawy** |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **IV.A.2 Łączna kwota naprawy** | **IV.A.3 Kwota finansowania ze środków publicznych** | **IV.A.4 Dopłata pacjenta do naprawy** | **IV.A.5 Okres gwarancji** | | | | | |
| **IV.B. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYDANIA NAPRAWIONEGO WYROBU MEDYCZNEGO** | | | | |
| |  |  | | --- | --- | | **IV.B.1 Data wydania** | **IV.B.2 Imię i nazwisko oraz podpis osoby wydającej naprawiony wyrób medyczny** |   **IV.C. DANE DOTYCZĄCE ODBIORU NAPRAWIONEGO 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 □ inny3) ............................................................ | | | **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) Należy wypełnić w przypadku, gdy pacjent nie ma numeru PESEL.

2) Symbol państwa odpowiedniego dla instytucji właściwej dla osoby uprawnionej do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji.

3) W przypadku potwierdzenia prawa do świadczeń w sposób inny niż z 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 2022r. poz. 2561, 2674 i 2770), 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.

4) W przypadku zaznaczenia „inny” należy wpisać rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość oraz państwo wydania dokumentu.

5) Kod tytułu uprawnienia dodatkowego określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy o świadczeniach.

6) Należy wpisać rodzaj i numer dokumentu, oraz – jeżeli takie dane występują na dokumencie – datę wystawienia, datę ważności oraz - jeżeli dotyczy - numer prawa wykonywania zawodu osoby uprawnionej, która wystawiła dokument.

7) W przypadku braku kodu UDI należy wskazać numer seryjny albo inny numer lub równoważny symbol jednoznacznie identyfikujący wyrób medyczny

8) Wynik weryfikacji obejmuje potwierdzenie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej oraz prawo do naprawy wyrobu medycznego.

9) Kod właściwego dla pacjenta oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, który finansuje naprawę wyrobu medycznego.

10) 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; dokument – w przypadku przedstawienia dokumentu papierowego potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej.

11) 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.

12) Numer identyfikacyjny REGON. Należy wskazać REGON – 9 cyfr dla praktyk zawodowych albo 14 cyfr dla jednostek organizacyjnych.

13) 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.