

<b>ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE*</b>																															
Numer ewidencyjny zlecenia: .....																															
_____ <b>Pieczętka lub nadruk zawierające dane adresowe przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego/praktyki zawodowej wraz z numerem REGON oraz numerem umowy z NFZ</b>																															
WYPEŁNIA OSOBA UPRAWNIIONA DO WYSTAWIENIA ZLECENIA LUB KONTYNUACJI ZAOPATRZENIA	<b>I. DANE ŚWIADCZENIOBIORCY</b>																														
	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: _____																														
	<b>II. OKREŚLENIE WYROBU MEDYCZNEGO**</b>																														
	Liczba porządkowa wyrobu medycznego _____ liczba sztuk .....																														
	Określenie wyrobu medycznego wraz z pisemnym uzasadnieniem (np. według klasyfikacji ICD-10): .....																														
	.....																														
	.....																														
	Zaopatrzenie: prawostronne <input type="checkbox"/> lewostronne <input type="checkbox"/> nie dotyczy <input type="checkbox"/>																														
Soczewki okularowe korekcyjne																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th colspan="2"></th> <th>Sfera</th> <th>Cylinder</th> <th>Oś</th> <th>Pryzma</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">Do dali</td> <td>OP</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td rowspan="2">Odległość źrenic ..... mm</td> </tr> <tr> <td>OL</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Do bliży</td> <td>OP</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td rowspan="2">Odległość źrenic ..... mm</td> </tr> <tr> <td>OL</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Sfera	Cylinder	Oś	Pryzma		Do dali	OP					Odległość źrenic ..... mm	OL					Do bliży	OP					Odległość źrenic ..... mm	OL				
		Sfera	Cylinder	Oś	Pryzma																										
Do dali	OP					Odległość źrenic ..... mm																									
	OL																														
Do bliży	OP					Odległość źrenic ..... mm																									
	OL																														
<b>III. DODATKOWE WSKAZANIA ZLECAJĄCEGO ZAOPATRZENIE:</b> .....																															
.....																															
.....																															
Miesiąc, którego dotyczy zaopatrzenie comiesięczne: .....																															
_____																															
<b>Data wystawienia zlecenia</b>	_____ <b>Pieczętka i podpis osoby uprawnionej do wystawienia zlecenia lub kontynuacji zaopatrzenia wraz z numerem prawa wykonywania zawodu</b>																														
* Zlecenie na zaopatrzenie comiesięczne może być wystawione na okres nie dłuższy niż trzy kolejne miesiące. Zlecenie na zaopatrzenie comiesięczne może zostać zrealizowane wyłącznie w miesiącach, na które zostało wystawione, z wyłączeniem miesięcy, które upłynęły. ** 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.).																															

<b>WYPEŁNIA PRACOWNIK ODDZIAŁU WOJEWÓDZKIEGO NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA</b>	<b>IV. POTWIERDZENIE UPRAWNIENIA DO ZAOPATRZENIA WNIOSKOWANYM WYROBEM MEDYCZNYM</b> 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 .....
	_____ <b>Pieczętka i podpis pracownika oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia</b>
<b>WYPEŁNIA PODMIOT REALIZUJĄCY CZYNNOŚCI Z ZAKRESU ZAOPATRZENIA W WYROBY MEDYCZNE</b>	<b>V. POTWIERDZENIE ODBIORU WYROBU MEDYCZNEGO U ŚWIADCZENIODAWCY</b>  _____ <b>Data przyjęcia do realizacji</b>
	_____ <b>Pieczętka podmiotu realizującego czynności z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne, w tym adres miejsca udzielania świadczeń wraz z numerem umowy z NFZ</b>
	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
	_____ <b>Data, pieczętka i podpis osoby realizującej zlecenie</b>
	Potwierdzam odbiór wyrobu medycznego zgodnie ze zleceniem
	_____ <b>Data odbioru, imię i nazwisko, numer PESEL, a w przypadku jego braku nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby odbierającej (wypełnić drukowanymi literami)</b>
	_____ <b>podpis osoby odbierającej***</b>
	*** W przypadku osoby niewidomej formą potwierdzenia odbioru może być również faksymile podpisu złożona w obecności osoby wydającej wyrób medyczny.