



Identyfikator zlecenia	Kod kreskowy
<b>CZĘŚĆ II. WERYFIKACJA ZLECENIA NAPRAWY</b> (WYPEŁNIA I DRUKUJE ODDZIAŁ WOJEWÓDZKI NFZ)	
<b>II.A. WYNIK WERYFIKACJI</b>	
II.A.1 Wynik weryfikacji <sup>8)</sup> <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 NAPRAWY WYROBU MEDYCZNEGO</b>	
II.B.1 Limit ceny naprawy	II.B.2 Kod naprawy wyrobu medycznego
II.B.3 Okres użytkowania wyrobu medycznego ulega wydłużeniu do	
<b>II.C. POTWIERDZONE PRAWO DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ</b>	
I.C.1 Sposób potwierdzenia prawa do świadczeń <sup>10)</sup> <input type="checkbox"/> eWUŚ <input type="checkbox"/> dokument	I.C.2 Dane identyfikujące dokument potwierdzający prawo do świadczeń, jeżeli w pkt I.C.1 zaznaczono „dokument” <sup>11)</sup>
<b>II.D. PRZYCZYNA NEGATYWNEJ WERYFIKACJI</b> (JEŻELI DOTYCZY)	
<b>II.E. DODATKOWE INFORMACJE DLA PACJENTA</b>	
<b>II.F. POTWIERDZENIE WERYFIKACJI ZLECENIA</b>	
II.F.1 Data weryfikacji	

Identyfikator zlecenia		Kod kreskowy	
<b>CZĘŚĆ III. REALIZACJA ZLECENIA NAPRAWY</b> (WYPEŁNIA I DRUKUJE ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY NAPRAWĘ WEDŁUG STANU NA DZIEŃ PRZYJĘCIA DO REALIZACJI)			
<b>III.A. REALIZACJA ZLECENIA NAPRAWY</b>			
III.A.1 Data przyjęcia zlecenia naprawy do realizacji			
<b>III.B. DANE ŚWIADCZENIODAWCY REALIZUJĄCEGO ZLECENIE NAPRAWY</b>			
III.B.1 Nazwa świadczeniodawcy		III.B.2 REGON świadczeniodawcy <sup>12)</sup>	
III.B.3 Adres miejsca udzielania świadczeń: kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer domu lub lokalu <sup>13)</sup>		III.B.4 Numer umowy z NFZ	
<b>III.C. POTWIERDZENIE POSIADANIA PRAWA DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ, UPRAWNIENIA DODATKOWEGO I LIMITU FINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH</b>			
III.C.1 Sposób potwierdzenia prawa do świadczeń <sup>14)</sup> <input type="checkbox"/> eWUŚ <input type="checkbox"/> oświadczenie <input type="checkbox"/> dokument		III.C.2 Dane identyfikujące dokument potwierdzający prawo do świadczeń, jeżeli w pkt III.C.1 zaznaczono „dokument” <sup>11)</sup>	
III.C.3 Czy pacjent dysponuje nowymi uprawnieniami dodatkowymi? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		III.C.4 Kod tytułu uprawnienia dodatkowego, jeżeli w pkt III.C.3 zaznaczono „TAK” <sup>5)</sup>	
III.C.5 Dane identyfikujące dokument potwierdzający uprawnienie dodatkowe, jeżeli w pkt III.C.3 zaznaczono „TAK” <sup>6)</sup>		III.C.6 Limit finansowania	
<b>CZĘŚĆ IV. POTWIERDZENIE WYDANIA NAPRAWIONEGO WYROBU MEDYCZNEGO</b> (WYPEŁNIA I DRUKUJE ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE NAPRAWY)			
<b>IV.A. DANE DOTYCZĄCE NAPRAWIONEGO WYROBU MEDYCZNEGO</b>			
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 naprawy
<b>IV.B. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYDANIA NAPRAWIONEGO WYROBU MEDYCZNEGO</b>			
IV.B.1 Data wydania		IV.B.2 Imię (imiona) i nazwisko osoby wydającej naprawiony wyrób medyczny	
<b>IV.C. DANE DOTYCZĄCE ODBIORU NAPRAWIONEGO WYROBU MEDYCZNEGO</b> (WYPEŁNIA OSOBA ODBIERAJĄCA LUB ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE)			
IV.C.1 Osoba odbierająca <input type="checkbox"/> pacjent <input type="checkbox"/> inna osoba odbierająca			
IV.C.2 Imię (imiona) <sup>15)</sup>		IV.C.3 Nazwisko <sup>15)</sup>	
		IV.C.4 Numer PESEL <sup>15)</sup>	
IV.C.5 Rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość <sup>15)</sup> (należy wypełnić w przypadku, gdy osoba odbierająca nie ma numeru PESEL) <input type="checkbox"/> paszport <sup>16)</sup> <input type="checkbox"/> inny <sup>16)</sup>		IV.C.6 Seria i numer <sup>15)</sup> (należy wypełnić w przypadku, gdy osoba odbierająca nie ma numeru PESEL)	
IV.C.7 Data odbioru			