

CZĘŚĆ I

WNIOSEK DO DYREKTORA ODDZIAŁU WOJEWÓDZKIEGO NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

- o wydanie zgody na uzyskanie w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej świadczenia opieki zdrowotnej zawartego w wykazie, o którym mowa w art. 42e ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

albo

- o wydanie zgody na uzyskanie w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej lub w państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) świadczenia opieki zdrowotnej albo jego kontynuację, na zasadach wynikających z przepisów o koordynacji, a także na pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielenia świadczenia

INSTRUKCJA

- a. Wniosek należy WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI,
- b. Osoby uprawnione do uzyskania leczenia lub badań diagnostycznych w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim UE/EFTA oraz osoby uprawnione do składania niniejszego wniosku zostały wskazane w art. 42f ust. 1 oraz 42i ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn.zm.),
- c. Część I.A. wniosku wypełnia oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, zwany dalej „oddziałem Funduszu”,
- d. Część I.B. oraz części II i VI wniosku wypełnia osoba składająca wniosek,
- e. Część I.C. wniosku wypełnia dyrektor oddziału Funduszu,
- f. Część III. A - C wniosku wypełnia lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, posiadający specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny właściwej ze względu na zakres wnioskowanego leczenia lub badań diagnostycznych,
- g. Część IV wniosku wypełnia konsultant wojewódzki,
- h. Część V wniosku wypełnia oddział Funduszu.

UWAGA:

- a. Wniosek z wypełnioną częścią I, II, III i VI oraz kopią dokumentacji medycznej i pisemną informacją składa się w oddziale Funduszu.
- b. W przypadku dokumentacji medycznej sporządzonej w języku obcym, do wniosku dołącza się tłumaczenie tej dokumentacji na język polski; tłumaczenie nie musi być sporządzone przez tłumacza przysięgłego.

I. A. DANE IDENTYFIKACYJNE WNIOSKU

| | |
|--|--|
| Data wpływu wniosku do oddziału Funduszu: (dd/mm/rrrr) | Imię i nazwisko/ pieczęć/ podpis osoby przyjmującej wniosek: |
| Numer identyfikacyjny wniosku: | Pieczęć oddziału Funduszu: |

I. B. PRZEDMIOT WNIOSKU:

(proszę zakreślić odpowiednie pola)

1.1. uzyskanie w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej świadczenia opieki zdrowotnej, zawartego w wykazie, o którym mowa w art. 42e ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w niżej wymienionym zagranicznym podmiocie udzielającym świadczeń zdrowotnych:

.....
.....
.....
.....
.....

(pełna nazwa i dane kontaktowe podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych w innym państwie członkowskim UE- państwo, adres, numer telefonu/faksu, adres poczty elektronicznej)

1.2. Sprzeciwiam się wydaniu zgody na podstawie przepisów o koordynacji.¹

Miejscowość:..... Data:..... Czytelny podpis wnioskodawcy:.....
(dd/mm/rrrr)

¹ Zaznaczenie tego pola spowoduje, iż w przypadku uznania wniosku za zasadny wnioskodawca uzyska decyzję uprawniającą do otrzymania zwrotu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w innym państwie Unii Europejskiej, zgodnie z art. 42b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Niezaznaczenie tego pola spowoduje, iż przypadku spełnienia warunków określonych w przepisach o koordynacji zostanie wydana zgoda na uzyskanie świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach określonych w tych przepisach.

2.1. uzyskanie w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim UE/EFTA świadczenia opieki zdrowotnej albo jego kontynuacja, w przypadku świadczeń udzielanych zgodnie z przepisami o koordynacji, w niżej wymienionym zagranicznym podmiocie udzielającym świadczeń zdrowotnych:

.....
.....
.....
.....
.....

(pełna nazwa i dane kontaktowe podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych w innym państwie członkowskim UE/EFTA – państwo, adres, numer telefonu/faksu, adres poczty elektronicznej)

oraz 2.2. pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielania świadczenia

3. Wnoszę o przesłanie wniosku do konsultanta wojewódzkiego w celu zaopiniowania.²

I.C.

WSKAZANIE PRZEZ DYREKTORA ODDZIAŁU FUNDUSZU ŚWIADCZENIODAWCY, KTÓRY PRZEPROWADZI LECZENIE LUB BADANIA DIAGNOSTYCZNE W ZAKRESIE OBJĘTYM WNIOSKIEM NA TERYTORIUM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ³

w terminie:.....

(dd/mm/rrrr)

w:.....

.....

.....

(pełna nazwa i dane kontaktowe świadczeniodawcy w kraju - adres, numer telefonu/faksu, adres poczty elektronicznej)

Podpis i pieczęć dyrektora oddziału Funduszu:

CZĘŚĆ II

II. A. DANE OSOBY, KTÓREJ DOTYCZY WNIOSZEK

| | | |
|----|---|--|
| 1. | Imię i nazwisko: | |
| 2. | Numer PESEL (w przypadku gdy nie nadano nr PESEL - numer dokumentu potwierdzającego tożsamość): | |
| 3. | Data urodzenia: | |
| 4. | Adres miejsca zamieszkania: | |
| 5. | Adres do korespondencji (wypełnić w przypadku gdy jest inny niż adres miejsca zamieszkania): | |
| 6. | Numer telefonu lub adres poczty elektronicznej ⁴ : | |

II. B. DANE OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSZEK

(wypełnić, jeśli wniosku nie składa osoba, której dotyczy wniosek)

| | | |
|----|---|--|
| 1. | Imię i nazwisko: | |
| 2. | Numer PESEL (w przypadku gdy nie nadano nr PESEL - numer dokumentu potwierdzającego tożsamość): | |
| 3. | Data urodzenia: | |

² Zaznaczenie tego pola spowoduje obligatoryjne przesłanie wniosku do zaopiniowania przez konsultanta wojewódzkiego.

³ Dyrektor oddziału Funduszu może – na podstawie § 5 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wydawania zgody na uzyskanie świadczeń opieki zdrowotnej poza granicami kraju oraz pokrycie kosztów transportu - wskazać świadczeniodawcę posiadającego umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia, który przeprowadzi leczenie lub badania diagnostyczne w zakresie objętym wnioskiem w terminie wcześniejszym niż czas oczekiwania osoby, której dotyczy wniosek na uzyskanie leczenia lub badań diagnostycznych w kraju.

⁴ Jeżeli posiada.

| | | |
|----|--|--|
| 4. | Adres miejsca zamieszkania: | |
| 5. | Adres do korespondencji (wypełnić w przypadku gdy jest inny niż adres miejsca zamieszkania): | |
| 6. | Numer telefonu lub adres poczty elektronicznej ³ : | |

| | | | |
|--|--|---|---|
| CZĘŚĆ III | | | |
| III. A. DANE LEKARZA WYPEŁNIAJĄCEGO WNIOSEK | | | |
| 1. | Imię i nazwisko lekarza: | | |
| 2. | Pieczęć lekarza zawierająca numer prawa wykonywania zawodu oraz informację o specjalizacji: | | |
| 3. | Pieczęć świadczeniodawcy, u którego lekarz udziela świadczeń opieki zdrowotnej: | | |
| III. B. ZAKRES LECZENIA W INNYM PAŃSTWIE CZŁONKOWSKIM UE/EFTA | | | |
| 1. | Rozpoznanie kliniczne dotyczące problemu zdrowotnego, stanowiącego przyczynę złożenia wniosku, oraz rozpoznania współistniejące, z zastosowaniem Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10: | | |
| 2. | Dotychczasowy przebieg choroby i zastosowane leczenie: | | |
| 3. | Prognoza, co do prawdopodobnego dalszego przebiegu choroby: | | |
| 4. | Wskazanie szczegółowego zakresu leczenia lub badań diagnostycznych, których dotyczy wniosek: | | |
| 5. | Czas oczekiwania osoby, której dotyczy wniosek na uzyskanie leczenia lub wykonanie badań diagnostycznych u świadczeniodawcy w kraju: | Przewidywany zgodnie z listą oczekujących: (dd/mm/rrrr) | Dopuszczalny – określony indywidualnie przez lekarza wypełniającego wniosek: (dd/mm/rrrr) |

| | | |
|---|---|--|
| 6. | Uzasadnienie konieczności leczenia w zagranicznym podmiocie udzielającym świadczeń zdrowotnych: | |
| III. C. WSKAZANIA DOTYCZĄCE TRANSPORTU DO MIEJSCA LECZENIA W INNYM NIŻ RZECZPOSPOLITA POLSKA PAŃSTWIE CZŁONKOWSKIM UE/EFTA (wypełnić, gdy osoba składająca wniosek zaznaczyła pole 2.1. oraz 2.2. w części I.B. wniosku) | | |
| Wskazanie środka transportu do miejsca leczenia w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim UE/EFTA wraz z uzasadnieniem konieczności jego zastosowania: | | |

Miejscowość:.....Data wypełnienia wniosku:.....
 (dd/mm/rrrr)

Podpis lekarza wypełniającego wniosek:.....

Pieczęć lekarza wypełniającego wniosek:

CZĘŚĆ IV

(wypełnia konsultant wojewódzki w zakresie wskazanym przez dyrektora oddziału Funduszu)

Miejscowość:.....Data wypełnienia wniosku:.....
(dd/mm/rrrr)

Podpis konsultanta wojewódzkiego opiniującego wniosek:.....

Pieczęć konsultanta wojewódzkiego opiniującego wniosek:

CZĘŚĆ V

(wypełnia oddział Funduszu po weryfikacji wniosku)

| | | |
|----|---|---|
| 1. | Przedmiot wniosku: | <p>1.1. <input type="checkbox"/> uzyskanie w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej świadczenia opieki zdrowotnej, określonego w wykazie, o którym mowa w art. 42e ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</p> <p>1.2. <input type="checkbox"/> uzyskanie w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim UE/EFTA świadczenia opieki zdrowotnej albo jego kontynuacja, w przypadku świadczeń udzielanych zgodnie z przepisami o koordynacji, oraz</p> <p>1.2.1. <input type="checkbox"/> pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielania świadczenia</p> |
| 2. | Przewidywane koszty wnioskowanego leczenia lub badań diagnostycznych: | <p>Koszty leczenia lub badań diagnostycznych w kraju (kwota do zwrotu):</p> <p>.....</p> <p>(wypełnić, gdy w pkt. 1 zaznaczono pole 1.1.)</p> <hr/> <p>Koszty leczenia lub badań diagnostycznych w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim UE/EFTA:</p> <p>.....</p> |
| 3. | Rodzaj środka oraz przewidywane koszty transportu do miejsca leczenia w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim UE/EFTA (wypełnić, gdy w pkt 1. zaznaczono pola 1.2 i 1.2.1.): | <p>.....</p> <p>(środek transportu)</p> <p>.....</p> <p>(koszty transportu)</p> |
| 4. | <p>Miejscowość:.....Data:.....</p> <p style="text-align: right;">(dd/mm/rrrr)</p> <p>Podpis i pieczęć pracownika właściwej komórki organizacyjnej oddziału Funduszu:</p> <p>Pieczęć właściwej komórki organizacyjnej oddziału Funduszu:</p> | |

