

ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE*

Numer ewidencyjny zlecenia:

PIECZĘĆ PLACÓWKI, KTÓRA MA PODPISANĄ UMOWĘ Z NFZ

Pieczęć lub nadruk zawierające dane adresowe przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego/praktyki zawodowej wraz z numerem REGON oraz numerem umowy z NFZ

I. DANE ŚWIADCZENIOBIORCY

Nazwisko i imię: JAN NOWAK

Adres zamieszkania

Kod pocztowy: 65-001 Miejscowość: ZIELONA GÓRA

Ulica GDANSKA nr domu 1 m.

Numer PESEL, a w przypadku jego braku nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość:

00000000000001

II. OKREŚLENIE WYROBU MEDYCZNEGO**

Liczba porządkowa wyrobu medycznego

7 / 129

liczba sztuk 1

Określenie wyrobu medycznego wraz z pisemnym uzasadnieniem (np. według klasyfikacji ICD-10):

WÓZEK INWALIDZKI LEKKI, PACJENT PO USZKODZENIU
KRĘGOSŁUPA Z PORAZENIEM KOŃCZYN DOLNYCH
LUB ICD-10

Zaopatrzenie:

prawostronne

lewostronne

nie dotyczy

Soczewki okularowe korekcyjne

		Sfera	Cylinder	Oś	Pryzma	
Do dali	OP					Odległość źrenic mm
	OL					
Do bliży	OP					Odległość źrenic mm
	OL					

III. DODATKOWE WSKAZANIA ZLECAJĄCEGO ZAOPATRZENIE: SAMODZIELNIE

PORUSZA SIĘ NA NÓZKU

Miesiąc, którego dotyczy zaopatrzenie comiesięczne:

1.07.2014r.

Data wystawienia zlecenia

LEKARZ UPRAWNIONY DO WYSTAWIENIA ZLECENIA

Pieczęć i podpis osoby uprawnionej do wystawienia zlecenia lub kontynuacji zaopatrzenia wraz z numerem prawa wykonywania zawodu

* 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 oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696, z późn.zm.).

WYPEŁNIA OSOBA UPRAWNIIONA DO WYSTAWIENIA ZLECENIA LUB KONTYNUACJI ZAOPATRZENIA