

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 25 maja 2023 r. (Dz. U. poz. 1127)

Załącznik nr 1

WZÓR*

ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE																									
IDENTYFIKACJA ZLECENIA			<input type="checkbox"/> ZLECENIE		<input type="checkbox"/> KONTYNUACJA ZLECENIA ¹⁾																				
Identyfikator zlecenia			Kod kreskowy																						
CZĘŚĆ I. WYSTAWIENIE ZLECENIA (WYPEŁNIA I DRUKUJE OSOBA UPRAWNIIONA DO WYSTAWIENIA ZLECENIA)																									
I.A. DANE PODMIOTU, W RAMACH KTÓREGO WYSTAWIONO ZLECENIE																									
I.A.1 Nazwa		I.A.2 Adres miejsca udzielania świadczeń: kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer domu lub lokalu ²⁾																							
I.A.3 REGON ³⁾																									
<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																									
I.B. DANE PACJENTA																									
I.B.1 Imię (imiona)			I.B.2 Nazwisko																						
I.B.3 Numer PESEL		I.B.4 Data urodzenia ⁴⁾	I.B.5 Płeć ⁴⁾	I.B.6 Symbol państwa, jeżeli dotyczy ⁵⁾	I.B.7 Rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, jeżeli dotyczy ⁶⁾																				
<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																									
I.B.8 Dokument stwierdzający tożsamość ⁴⁾			I.B.9 Seria i numer ⁴⁾																						
<input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> inny ⁷⁾			<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																						
I.B.10 Kraj wydania dokumentu stwierdzającego tożsamość, o którym mowa w pkt I.B.8																									
I.BA. UPRAWNIENIE DODATKOWE LUB INNE UPRAWNIENIE, Z KTÓREGO BĘDZIE KORZYSTAŁ PACJENT																									
I.BA.1 Kod tytułu uprawnienia dodatkowego ⁸⁾		I.BA.2 Dane identyfikujące dokument potwierdzający uprawnienie dodatkowe ⁹⁾		I.BA.3 Cięża ¹⁰⁾																					
				<input type="checkbox"/>																					

Identyfikator zlecenia		Kod kreskowy	
I.C. OKREŚLENIE WYROBU MEDYCZNEGO¹¹⁾			
I.C.1 Grupa i liczba porządkowa		I.C.2 Umiejscowienie (nie dotyczy stomii) <input type="checkbox"/> lewostronne <input type="checkbox"/> prawostronne <input type="checkbox"/> nie dotyczy	
I.C.3 Liczba przetok (dotyczy stomii)		I.C.4 Rodzaj przetok (dotyczy stomii) <input type="checkbox"/> urostomia <input type="checkbox"/> kolostomia <input type="checkbox"/> ileostomia <input type="checkbox"/> nefrostomia <input type="checkbox"/> inna	
I.C.5 Kod ICD-10	I.C.6 Liczba sztuk (dotyczy zleceń innych niż comiesięczne)	I.C.7 Liczba sztuk na miesiąc (dotyczy comiesięcznych zleceń) ¹²⁾	I.C.8 Pierwszy miesiąc zaopatrzenia comiesięcznego (format: MM-RRRR)
		I.C.9 Liczba miesięcy zaopatrzenia comiesięcznego (1-12)	
I.C.10 Nazwa wyrobu medycznego	I.C.11 Kryteria przyznania wyrobu medycznego ¹³⁾	I.C.12 Dodatkowe informacje dotyczące wyrobu ¹⁴⁾	
I.C.13 Uzasadnienie medyczne przyznania większej liczby sztuk wyrobu medycznego – w przypadku uprawnienia dodatkowego 47ZN, 47DN, 47ZDN			
I.CA Soczewki okularowe			
	Sfera	Cylinder	Oś
Do dali	OP		
	OL		
Do bliży	OP		
	OL		
Odległość źrenic mm			
I.D. DODATKOWE WSKAZANIA DO WYSTAWIENIA ZLECENIA (WYPEŁNIA OSOBA UPRAWNIONA DO WYSTAWIENIA ZLECENIA)			
I.D.1 Skrócenie okresu użytkowania wyrobu medycznego <input type="checkbox"/>	I.D.2 Wskazanie kryterium skrócenia okresu użytkowania wyrobu medycznego, jeżeli dotyczy ¹⁵⁾		
	I.D.3 Uzasadnienie skrócenia okresu użytkowania wyrobu medycznego, jeżeli dotyczy		
I.E. DANE OSOBY UPRAWNIONEJ DO WYSTAWIENIA ZLECENIA			
I.E.1 Numer prawa wykonywania zawodu ¹⁶⁾	I.E.2 Imię (imiona) i nazwisko		
I.E.3 Data wystawienia	I.E.4 Podpis osoby uprawnionej do wystawienia zlecenia, jeżeli dotyczy		

Identyfikator zlecenia		Kod kreskowy				
CZĘŚĆ II. WERYFIKACJA ZLECENIA (DOKONYWANA PRZEZ NFZ ZA POŚREDNICTWEM USŁUG INFORMATYCZNYCH NFZ ALBO BEZPOŚREDNIO W ODDZIALE WOJEWÓDZKIM NFZ – WÓWCZAS DRUKUJE OSOBA UPRAWNIONA DO WYSTAWIENIA ZLECENIA)						
II.A. WYNIK WERYFIKACJI						
II.A.1 Wynik weryfikacji ¹⁷⁾ <input type="checkbox"/> pozytywna <input type="checkbox"/> negatywna		II.A.2 Kod oddziału wojewódzkiego NFZ ¹⁸⁾				
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 Grupa i liczba porządkowa	II.B.2 Kod wyrobu medycznego	II.B.3 Umieszczenie (L – lewostronne, P – prawostronne), jeżeli dotyczy	II.B.4 Potwierdzona liczba sztuk	II.B.5 Limit finansowania ¹⁹⁾	II.B.6 Wysokość procentowego udziału NFZ w limicie finansowania ²⁰⁾	II.B.7 Data ważności potwierdzenia limitu finansowania ²¹⁾
II.BA. POTWIERDZONE PRAWO DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ						
II.BA.1 Sposób potwierdzenia prawa do świadczeń ²²⁾ <input type="checkbox"/> eWUŚ <input type="checkbox"/> oświadczenie <input type="checkbox"/> dokument		II.BA.2 Dane identyfikujące dokument potwierdzający prawo do świadczeń, jeżeli w pkt II.BA.1 zaznaczono „dokument” ²³⁾				
II.C. PRZYCZYNA NEGATYWNEJ WERYFIKACJI (JEŻELI DOTYCZY)						
II.D. DODATKOWE INFORMACJE DLA PACJENTA						
II.E. POTWIERDZENIE WERYFIKACJI ZLECENIA						
II.E.1 Data weryfikacji						

Identyfikator zlecenia		Kod kreskowy		
CZĘŚĆ III. REALIZACJA ZLECENIA U ŚWIADCZENIODAWCY (WYPEŁNIA I DRUKUJE ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE WEDŁUG STANU NA DZIEŃ PRZYJĘCIA DO REALIZACJI ²⁴⁾)				
III.A. PRZYJĘCIE DO REALIZACJI ZLECENIA				
III.A.1 Data przyjęcia do realizacji	III.A.2 <input type="checkbox"/> częściowa realizacja zlecenia	III.A.3 Miesiąc albo miesiące i rok, których dotyczy realizacja zlecenia		
III.B DANE ŚWIADCZENIODAWCY REALIZUJĄCEGO ZLECENIE				
III.B.1 Nazwa świadczeniodawcy		III.B.2 REGON ³⁾		
III.B.3 Adres miejsca udzielania świadczeń: kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer domu lub lokalu ²⁾		III.B.4 Numer umowy z NFZ		
III.C. POTWIERDZENIE POSIADANIA PRAWA DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ, UPRAWNIENIA DODATKOWEGO I LIMITU FINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH				
III.C.1 Sposób potwierdzenia prawa do świadczeń ²⁵⁾ <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” ²³⁾		
III.C.3 Czy pacjent dysponuje nowymi uprawnieniami dodatkowymi lub innymi uprawnieniami? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		III.C.4 Kod tytułu uprawnienia dodatkowego, jeżeli w pkt III.C.3 zaznaczono „TAK” ⁸⁾		
III.C.5 Dane identyfikujące dokument potwierdzający uprawnienie dodatkowe, jeżeli w pkt III.C.3 zaznaczono „TAK” ⁹⁾				
III.C.6 Zmiana wieku pacjenta <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy	III.C.7 Zmiana limitu finansowania <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	III.C.8 Limit finansowania ¹⁹⁾	III.C.9 Wysokość procentowego udziału NFZ w limicie finansowania	
CZĘŚĆ IV. POTWIERDZENIE WYDANIA WYROBU MEDYCZNEGO (WYPEŁNIA I DRUKUJE ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE)				
IV.A. DANE DOTYCZĄCE WYDANEGO WYROBU MEDYCZNEGO (WYPEŁNIA ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE)				
IV.A.1 Kod wyrobu medycznego	IV.A.2 Umiejscowienie (L – lewostronne, P – prawostronne), jeżeli dotyczy	IV.A.3 Producent, model, nazwa handlowa i kod UDI ²⁶⁾	IV.A.4 Liczba wydanych sztuk	IV.A.5 Cena detaliczna sztuki
IV.A.6 Łączna kwota		IV.A.7 Kwota refundacji	IV.A.8 Kwota dopłaty pacjenta	
IV.B. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYDANIA WYROBU MEDYCZNEGO (WYPEŁNIA ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE)				
IV.B.1 Data wydania		IV.B.2 Imię (imiona) i nazwisko osoby wydającej wyrób medyczny		
IV.C. DANE DOTYCZĄCE ODBIORU WYROBU MEDYCZNEGO (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) ²⁷⁾	IV.C.3 Nazwisko ²⁷⁾	IV.C.4 Numer PESEL ²⁷⁾		
IV.C.5 Rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość ²⁷⁾ (należy wypełnić w przypadku, gdy osoba odbierająca nie ma numeru PESEL)		IV.C.6 Seria i numer ²⁷⁾ (należy wypełnić w przypadku, gdy osoba odbierająca nie ma numeru PESEL)		
<input type="checkbox"/> paszport ²⁸⁾ <input type="checkbox"/> inny ²⁸⁾				
IV.C.7 Data odbioru				