

### ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE\*

Numer ewidencyjny zlecenia:

Pieczętka 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: \_\_\_\_\_

Adres zamieszkania

Kod pocztowy: \_\_\_\_\_ Miejscowość: \_\_\_\_\_

Ulica \_\_\_\_\_ nr domu \_\_\_\_\_ m. \_\_\_\_\_

Numer PESEL,

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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

#### II. OKREŚLENIE WYROBU MEDYCZNEGO\*\*

Liczba porządkowa wyrobu medycznego

		/				
--	--	---	--	--	--	--

Liczba sztuk \_\_\_\_\_

Określenie wyrobu medycznego wraz z pisemnym uzasadnieniem (np. według klasyfikacji 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: \_\_\_\_\_

Miesiąc, którego dotyczy zaopatrzenie comiesięczne: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Data wystawienia zlecenia

\_\_\_\_\_  
Pieczętka 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.).

**IV. POTWIERDZENIE UPRAWNIENIA DO ZAOPATRZENIA WNIOSKOWANYM WYROBEM MEDYCZNYM**

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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Podpis i pieczęć pracownika oddziału  
wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia**V. POTWIERDZENIE ODBIORU WYROBU MEDYCZNEGO U ŚWIADCZENIODAWCY**\_\_\_\_\_  
Data przyjęcia do realizacji\_\_\_\_\_  
Pieczęć podmiotu realizującego czynności z zakresu  
zaopatrzenia w wyroby medyczne, w tym adres miejsca  
udzielania świadczeń wraz z numerem umowy z NFZ

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

\_\_\_\_\_  
Data, pieczęć i podpis osoby realizującej zlecenie

Potwierdzam odbiór wyrobu medycznego zgodnie ze zleceniem

\_\_\_\_\_  
Data odbioru, imię i nazwisko, numer PESEL,  
a w przypadku jego braku nazwa i numer dokumentu  
potwierdzającego tożsamość osoby odbierającej  
(wypełnić drukowanymi literami)\_\_\_\_\_  
podpis osoby odbierającej\*\*\*

\*\*\* W przypadku osoby niewidomej formą potwierdzenia odbioru może być również faksymile podpisu złożona w obecności osoby wydającej wyrób medyczny.