

# WZÓR CZĘŚĆ „A” STR. 1

Sprawdź swoje dokumenty z checklistą!

Zlecenie zostało wystawione na aktualnie obowiązującym formularzu

Na zleceniu widnieje nadruk lub czytelna pieczęćka nagłówkowa placówki, zawierająca widoczny numer REGON

Na zleceniu widnieją prawidłowe **kody środka pomocniczego**:

**P.91** – zestawy infuzyjne do OPI (osobistej pompy insulinowej)

**P.091.00** – zestawy infuzyjne, pacjenci powyżej 26 roku życia

**P.091.01** – zestawy infuzyjne, pacjenci do 26 roku życia

**P.091.02** – zestawy infuzyjne, kobiety w ciąży

**P.134** Zbiornik na insulinę do OPI

**P. 135** Sensor/Elektroda do CCGM (Continuous Glucose

Monitoring, system do ciągłego monitorowania poziomu glukozy)

**P 136** Transmitter/Nadajnik do CGM

Miesiące, których dotyczy zaopatrzenie, mieszczą się w terminach ważności części „B” zlecenia (karty zaopatrzenia)

W danym miesiącu można zrealizować zlecenie na ten miesiąc i miesiące przyszłe.

(Zaopatrzenie ze stycznia można zrealizować najpóźniej 31.01, po tym terminie ważne będą jedynie luty i marzec)

Na zleceniu widnieje czytelna data wystawienia zlecenia

Na zleceniu jest czytelna pieczęćka i podpis lekarza

(część A)

### ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE\*

Numer ewidencyjny zlecenia: 0-00-00-0000000-0  
PRZYKŁADOWA PORADNIA  
WARSZAWA, UL. WARSZAWSKA  
NIP: 123123, REGON: 000000000  
Pieczęćka 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: PATRYCJA NOWAK  
Adres zamieszkania  
Kod pocztowy: 00-000 Miejsowość: PRUSZKÓW  
Ulica PIŁSUDSKIEGO nr domu 10 m. -  
Numer PESEL, a w przypadku jego braku nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość: 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0  
**II. OKREŚLENIE WYROBU MEDYCZNEGO\*\***  
Liczba porządkowa wyrobu medycznego P / 1 3 5  
liczba sztuk 12  
Określenie wyrobu medycznego wraz z pisemnym uzasadnieniem (np. według klasyfikacji ICD-10): E10  
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: STYCZEŃ, LUTY, MARZEC  
1.01.2019  
Data wystawienia zlecenia  
Anna Kowalska  
Diabetolog  
0000000  
Kowalska  
Pieczęćka 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 żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696, z późn. zm.).

# WZÓR CZĘŚĆ „A” STR. 2

- Osoba odbierająca uzupełnia:
  - datę odbioru,
  - swoje imię i nazwisko
  - swój numer PESEL

- Osoba odbierająca podpisuje zlecenie

● Wypełnia pracownik służby zdrowia ● Uzupełnia osoba odbierająca produkty

WYPEŁNIA PRACOWNIK ODDZIAŁU WOJEWÓDZKIEGO NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA	<b>IV. POTWIERDZENIE UPRAWNIENIA DO ZAOPATRZENIA WNIOSKOWANYM WYROBEM MEDYCZNYM</b> 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 .....
	Piecątka i podpis pracownika oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia
WYPEŁNIA PODMIOT REALIZUJĄCY CZYNNOŚCI Z ZAKRESU ZAOPATRZENIA W WYROBY MEDYCZNE	<b>V. POTWIERDZENIE ODBIORU WYROBU MEDYCZNEGO U ŚWIADCZENIODAWCY</b> Data przyjęcia do realizacji ..... 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
	Piecątka podmiotu realizującego czynności z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne, w tym adres miejsca udzielania świadczeń wraz z numerem umowy z NFZ
	Data, pieczęć i podpis osoby realizującej zlecenie
	Potwierdzam odbiór wyrobu medycznego zgodnie ze zleceniem <b>03.01.2019 PIOTR NOWAK, 56120100000</b> Data odbioru, imię i nazwisko, numer PESEL, a w przypadku jego braku nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby odbierającej (wypełnić drukowanymi literami)
	<b>Podpis</b> podpis osoby odbierającej***
	*** W przypadku osoby niewidomej formą potwierdzenia odbioru może być również faksymile podpisu złożona w obecności osoby wydającej wyrób medyczny.

