

# NOWY WZÓR zlecenia na wyroby medyczne

Sprawdź swoje dokumenty z checklista!

Str. 1

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia ..... (poz. ....)

Załącznik nr 1

Wzór\*

Zlecenie zostało wystawione na aktualnym wzorze.

Na zleceniu widnieje unikalny numer identyfikacyjny i kod kreskowy.

Jeśli posiadasz uprawnienia dodatkowe, sprawdź czy znajduje się kod uprawnienia dodatkowego.

ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE					
IDENTYFIKACJA ZLECENIA		<input type="checkbox"/> ZLECENIE		<input type="checkbox"/> KONTYNUACJA ZLECENIA <sup>1)</sup>	
Unikalny numer identyfikacyjny (nadany przez NFZ) 0-00-000000000-0		Kod kreskowy (nadany przez NFZ) 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 lub pieczętka zawierająca dane z pól I.A.1-3			
I.A.3 REGON <sup>2)</sup>		PRZYKŁADOWA PIECZĄTKA PORADNI WARSZAWA, UL. WARSZAWSKA NIP: 123123, REGON: 000000000			
I.B. DANE PACJENTA					
I.B.1 Imię (imiona) PATRYCJA		I.B.2 Nazwisko NOWAK			
I.B.3 Numer PESEL 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0		I.B.4 Data urodzenia <sup>3)</sup> 01.01.2009	I.B.5 Płeć <sup>3)</sup> kobieta	I.B.6 Symbol państwa, jeżeli dotyczy <sup>4)</sup>	I.B.7 Rodzaj i numer dokumentu uprawniającego do uzyskania przez pacjenta świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, jeżeli dotyczy
I.B.8 Rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość <sup>5)</sup> <input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> inny <sup>5)</sup> .....				I.B.9 Seria i numer <sup>3)</sup>	
I.BA. UPRAWNIENIA					
I.BA.1 UPRAWNIENIE DODATKOWE LUB INNE UPRAWNIENIE, Z KTÓREGO BĘDZIE KORZYSTAŁ PACJENT					
I.BA.2 Rodzaj dokumentu potwierdzającego uprawnienie dodatkowe lub wpisanie litery „C” na oznaczenie kobiety w ciąży		I.BA.3 Numer dokumentu z pkt I.BA.2 <sup>6)</sup>	I.BA.4 Data ważności dokumentu z pkt I.BA.2 <sup>6)</sup>	I.BA.5 Data wystawienia dokumentu z pkt I.BA.2 <sup>6)</sup>	I.BA.6 Numer prawa wykonywania zawodu osoby uprawnionej, która wystawiła dokument potwierdzający uprawnienie dodatkowe, jeżeli dotyczy <sup>6)</sup>
I.BA.7 Kod tytułu uprawnienia dodatkowego <sup>6)</sup> 47ZND					

#### Objaśnienia:

\*Wzór może być edytowany w ten sposób, że właściwe jego komórki mogą być powiększone, jeżeli jest to niezbędne do zamieszczenia w danej komórce wymaganej informacji, której objętość wykracza poza rozmiar tej komórki określony we wzorze.

<sup>1)</sup> Dotyczy wyrobów medycznych przysługujących comiesięcznie (wypełnia osoba uprawniona do wystawienia zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne).

<sup>2)</sup> Numer identyfikacyjny REGON. Należy wskazać REGON – 9 cyfr dla praktyk zawodowych albo 14 cyfr dla jednostek organizacyjnych.

<sup>3)</sup> Należy wypełnić w przypadku, gdy pacjent nie ma numeru PESEL.

<sup>4)</sup> Symbol państwa odpowiedniego dla instytucji właściwej dla osoby uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji.

<sup>5)</sup> W przypadku zaznaczenia pola „inny” należy wpisać rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość oraz państwo wydania dokumentu.

## Sprawdź swoje dokumenty z checkliście!

Str. 2

- 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 CGM (Continuous Glucose Monitoring, system do ciągłego monitorowania poziomu glukozy),  
**P.136** Transmitter/Nadajnik do CGM,  
**P.137** Sensor FGM.

- Na zleceniu widnieje prawidłowa ilość sztuk wyrobu na miesiąc oraz pierwszy miesiąc zaopatrzenia comiesięcznego

- Na zleceniu widnieje numer prawa wykonywania lekarza.

- Na zleceniu widnieje podpis i pieczęć lekarza, który jest uprawniony do wystawiania zlecenia.

Na zleceniu znajduje się prawidłowy kod ICD-10.

Unikalny numer identyfikacyjny (nadany przez NFZ) 0-00-000000000-0		Kod kreskowy (nadany przez NFZ) kod kreskowy	
<b>I.C. OKREŚLENIE WYROBU MEDYCZNEGO</b>			
<b>I.C.1 Wyrób medyczny<sup>7)</sup></b>			
<b>I.C.1.1 Grupa i liczba porządkowa</b> P.137		<b>I.C.1.2 Umiejscowienie</b> (nie dotyczy stomii) <input type="checkbox"/> lewostronne <input type="checkbox"/> prawostronne <input checked="" type="checkbox"/> nie dotyczy	
<b>I.C.1.3 Liczba przetok</b> (dotyczy stomii)		<b>I.C.1.4 Rodzaj przetok</b> (dotyczy stomii) <input type="checkbox"/> urostomia <input type="checkbox"/> kolostomia <input type="checkbox"/> ileostomia <input type="checkbox"/> przetoka ślinowa <input type="checkbox"/> nefrostomia	
<b>I.C.1.5 Kod ICD-10</b> (uzasadnienie obejmujące jednostkowe dane medyczne pacjenta) E10	<b>I.C.1.6 Liczba sztuk</b> (dotyczy zleceń innych niż comiesięczne)	<b>I.C.1.7 Liczba sztuk na miesiąc</b> (dotyczy comiesięcznych zleceń) 2	<b>I.C.1.8 Pierwszy miesiąc zaopatrzenia comiesięcznego</b> (format: MM-RRRR) 01-2020
<b>I.C.1.10 Nazwa wyrobu medycznego</b> Czujnik do systemu monitorowania glukozy Flash (Flash Glucose Monitoring - FGM) do 2 sztuk		<b>I.C.1.9 Liczba miesięcy zaopatrzenia comiesięcznego</b> (1-12) 12	
		<b>I.C.1.11 Kryteria przyznania wyrobu medycznego<sup>8)</sup></b>	
<b>I.C.2 Soczewki okularowe</b>			
	Sfera	Cylinder	Oś
Do dali	OP		
	OL		
Do bliży	OP		
	OL		
Odległość źrenic ..... mm			
<b>I.D. DODATKOWE WSKAZANIA OSOBY UPRAWNIONEJ DO WYSTAWIENIA ZLECENIA</b>			
<b>I.D.1</b> <input type="checkbox"/> Skrócenie okresu użytkowania wyrobu medycznego, jeżeli dotyczy			
<b>I.D.2 Uzasadnienie skrócenia okresu użytkowania</b>			
<b>I.E. DANE OSOBY UPRAWNIONEJ DO WYSTAWIENIA ZLECENIA</b>			
<b>I.E.1 Numer prawa wykonywania zawodu lub pieczęć zawierająca dane z pól I.E.1 i I.E.3</b> 0000000			
<b>I.E.2 Data wystawienia</b> 01.2020	<b>I.E.3 Imię (imiona) i nazwisko</b> Anna Kowalska Diabetolog 0000000		<b>I.E.4 Podpis</b> Anna Kowalska Diabetolog 0000000 <i>Kowalska</i>

**Objaśnienia:**

<sup>7)</sup> W przypadku soczewek okularowych należy uzupełnić tylko te pola, które dotyczą tej kategorii wyrobów medycznych.

<sup>8)</sup> Kryteria przyznawania wyrobu medycznego wydawanego na zlecenie zostały określone w przepisach wydanych 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. z 2019 r. poz. 784, 999 i 1096). W przypadku zaopatrzenia obustronnego należy określić kryterium dla każdej strony osobno.

# Sprawdź swoje dokumenty z checklistą!

Str. 3

Na zleceniu widnieje pozytywny wynik weryfikacji.

Kod wyrobu medycznego jest prawidłowy.

Potwierdzona liczba sztuk jest prawidłowa.

Na zleceniu widnieje prawidłowa data ważności potwierdzenia limitu finansowania.

Unikalny numer identyfikacyjny (nadany przez NFZ) 0-00-000000000-0		Kod kreskowy (nadany przez NFZ) kod kreskowy				
<b>CZĘŚĆ II. WERYFIKACJA ZLECENIA</b> (DOKONYWANA PRZEZ NFZ ZA POŚREDNICTWEM SERWISÓW INTERNETOWYCH LUB USŁUG INFORMATYCZNYCH NFZ ALBO BEZPOŚREDNIO W ODDZIALE WOJEWÓDZKIM NFZ – WÓWCZAS DRUKUJE OSOBA UPRAWNIONA DO WYSTAWIENIA ZLECENIA)						
<b>II.A. WYNIK WERYFIKACJI</b>						
II.A.1 Wynik weryfikacji <input checked="" type="checkbox"/> pozytywna <input type="checkbox"/> negatywna					II.A.2 Kod oddziału wojewódzkiego NFZ <sup>9)</sup> 07 Mazowiecki OW NFZ	
II.AA.1 Realizacja zlecenia od dnia				II.AA.2 Końcowa data realizacji zlecenia 21.12.2020		
<b>II.B. POTWIERDZENIE LIMITU FINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH WYROBU MEDYCZNEGO</b>						
II.B.1 Grupa i liczba porządkowa	II.B.2 Kod wyrobu medycznego	II.B.3 Umiejscowienie (L- lewostronne, P- prawostronne), jeżeli dotyczy	II.B.4 Potwierdzona liczba sztuk	II.B.5 Limit finansowania	II.B.6 Wysokość procentowego udziału NFZ w limicie finansowania <sup>10)</sup>	II.B.7 Data ważności potwierdzenia limitu finansowania <sup>11)</sup>
1 P.137	P.137		2	255 zł	70	31.12.2020
II.C. PRZYCZYNA NEGATYWNEJ WERYFIKACJI (JEŻELI DOTYCZY)						
II.D. INFORMACJE DLA PACJENTA						
<b>II.E. POTWIERDZENIE WERYFIKACJI ZLECENIA</b>						
II.E.1 Data weryfikacji 01.01.2020			II.E.2 Weryfikacja za pośrednictwem serwisów internetowych lub usług informatycznych NFZ/Imię (imiona), nazwisko i podpis pracownika oddziału wojewódzkiego NFZ			

**Objaśnienia:**

<sup>9)</sup> Kod właściwego dla pacjenta oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, który finansuje zaopatrzenie w wyroby medyczne.

<sup>10)</sup> Wysokość udziału własnego pacjenta w limicie finansowania ze środków publicznych została określona w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

<sup>11)</sup> Ważność potwierdzonego limitu finansowania ze środków publicznych wyrobu medycznego nie dotyczy kobiet w ciąży.