

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia  
z dnia 13 grudnia 2022 r. (Dz. U. poz. 2713)

Załącznik nr 1

WZÓR\*

<b>ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE</b>					
<b>IDENTYFIKACJA ZLECENIA</b>			<input type="checkbox"/> ZLECENIE		<input type="checkbox"/> KONTYNUACJA ZLECENIA <sup>1)</sup>
Unikalny numer identyfikacyjny (nadany przez NFZ) <b>1-23-1234567-8</b>			Kod kreskowy (nadany przez NFZ) 		
<b>CZĘŚĆ I. WYSTAWIENIE ZLECENIA</b> (WYPEŁNIA I DRUKUJE OSOBA UPRAWNIONA DO WYSTAWIENIA ZLECENIA)					
<b>I.A. DANE PODMIOTU, W RAMACH KTÓREGO WYSTAWIONO ZLECENIE</b>					
I.A.1 Nazwa <b>Uniwersyteckie Centrum Kliniczne</b>		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 <b>PL 80-214 Gdańsk Mariana Smoluchowskiego 18</b>			
I.A.3 REGON <sup>2)</sup>					
1 2 3 4 5 6					
<b>I.B. DANE PACJENTA</b>					
I.B.1 Imię (imiona) <b>Jan</b>			I.B.2 Nazwisko <b>Kowalski</b>		
I.B.3 Numer PESEL <b>99001122003</b>		I.B.4 Data urodzenia <sup>3)</sup> <b>11.01.1999</b>	I.B.5 Płeć <sup>3)</sup> <b>mężczyzna</b>	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>3)</sup> <input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> inny <sup>5)</sup> .....				I.B.9 Seria i numer <sup>3)</sup>	
<b>I.BA. UPRAWNIENIA</b>					
<b>I.BA.1 UPRAWNIENIE DODATKOWE LUB INNE UPRAWNIENIE, Z KTÓREGO BĘDZIE KORZYSTAŁ PACJENT</b>					
/	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> .....					

**Objaśnienia:**

\* Wzór może być edytowany w ten sposób, że właściwe jego komórki mogą być powiększane, 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.

<sup>6)</sup> Wypełnia się, jeżeli dokument potwierdzający uprawnienie dodatkowe zawiera daną informację.

Unikalny numer identyfikacyjny (nadany przez NFZ) <b>1-23-1234567-8</b>		Kod kreskowy (nadany przez NFZ) 	
<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> <b>P.137.00</b>		<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"/> nefrostomia <input type="checkbox"/> inna	
<b>I.C.1.5 Kod ICD-10</b> (uzasadnienie obejmujące jednostkowe dane medyczne pacjenta) <b>E.10</b>	<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) <sup>8)</sup> <b>3</b>	<b>I.C.1.8 Pierwszy miesiąc zaopatrzenia comiesięcznego</b> (format: MM-RRRR) <b>01.2023</b>
			<b>I.C.1.9 Liczba miesięcy zaopatrzenia comiesięcznego</b> (1-12) <b>od 1 do 6</b>
<b>I.C.1.10 Nazwa wyrobu medycznego</b> czujnik do systemu monitorowania stężenia glukozy flash (FGM)		<b>I.C.1.11 Kryteria przyznania wyrobu medycznego</b> <sup>9)</sup> 161 - dorośli z cukrzycą typu 1 albo 3 albo z innymi typami cukrzycy posiadający orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności ze względu na stan wzroku, wymagający insulinoterapii	<b>I.C.1.12 Dodatkowe informacje dotyczące wyrobu</b> <sup>10)</sup> Limit 13 sensorów na 6 miesięcy
<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 pieczętka zawierająca dane z pól I.E.1 i I.E.3</b>			
<b>I.E.2 Data wystawienia</b> 12.01.2023	<b>I.E.3 Imię (imiona) i nazwisko</b> Anna Krawczyk		<b>I.E.4 Podpis</b> <i>Anna Krawczyk</i>


**Objaśnienia:**

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

<sup>8)</sup> W przypadku wyrobów medycznych przysługujących comiesięcznie, dla których nie została określona liczba sztuk 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 2022 r. poz. 2555, z późn. zm.), należy wpisać liczbę 1 albo jej wielokrotność (w przypadku uprawnień dodatkowych), z dokładnością do 1 miejsca po przecinku.

<sup>9)</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. W przypadku zaopatrzenia obustronnego należy określić kryterium dla każdej strony osobno.

<sup>10)</sup> Należy wpisać dodatkowe informacje dotyczące wyrobu, np. stopień ucisku, preferowane wyposażenie dodatkowe itp.

Unikalny numer identyfikacyjny (nadany przez NFZ) <b>1-23-1234567-8</b>		Kod kreskowy (nadany przez NFZ) 					
<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>11)</sup> <b>11-Pomorski OW - NFZ</b>					
II.AA.1 Realizacja zlecenia od dnia		II.AA.2 Końcowa data realizacji zlecenia <b>31.12.2023</b>					
<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 Umieszczenie (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>12)</sup>	II.B.7 Data ważności potwierdzenia limitu finansowania <sup>13)</sup>	
P.137.00	P.137.00		3	255.00	70%	30.06.2023	
<b>II.C. PRZYCZYNA NEGATYWNEJ WERYFIKACJI</b> (JEŻELI DOTYCZY)							
<b>II.D. INFORMACJE DLA PACJENTA</b>							
<b>II.E. POTWIERDZENIE WERYFIKACJI ZLECENIA</b>							
II.E.1 Data weryfikacji <b>12.01.2023</b>		II.E.2 Weryfikacja za pośrednictwem serwisów internetowych lub usług informatycznych NFZ / Imię (imiona), nazwisko i podpis pracownika oddziału wojewódzkiego NFZ					

**Objaśnienia:**<sup>11)</sup> Kod właściwego dla pacjenta oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, który finansuje zaopatrzenie w wyroby medyczne.<sup>12)</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>13)</sup> Ważność potwierdzonego limitu finansowania ze środków publicznych wyrobu medycznego nie dotyczy kobiet w ciąży.



Unikalny numer identyfikacyjny (nadany przez NFZ)		Kod kreskowy (nadany przez NFZ)	
<b>CZĘŚĆ III. REALIZACJA ZLECENIA U ŚWIADCZENIODAWCY</b> (WYPEŁNIA I DRUKUJE ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE WEDŁUG STANU NA DZIEŃ PRZYJĘCIA DO REALIZACJI <sup>14)</sup> )			
<b>III.A. PRZYJĘCIE DO REALIZACJI ZLECENIA</b>			
III.A.1 Data przyjęcia do realizacji	III.A.2 <input type="checkbox"/> częściowa realizacja zlecenia	III.A.3 Miesiąc albo miesiące, których dotyczy realizacja zlecenia (słownie)	
<b>III.B DANE ŚWIADCZENIODAWCY REALIZUJĄCEGO ZLECENIE</b>			
III.B.1 Nazwa świadczeniodawcy		III.B.2 REGON <sup>15)</sup>	
III.B.3 Adres miejsca udzielania świadczeń: kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer domu lub lokalu		III.B.4 Numer umowy z NFZ	
<b>III.C. POTWIERDZENIE POSIADANIA PRAWA DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ I LIMITU FINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH</b>			
III.C.1 Czy pacjent posiada prawo do świadczeń opieki zdrowotnej? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK – OŚWIADCZENIE <sup>16)</sup>		III.C.2 Czy pacjent dysponuje nowymi uprawnieniami dodatkowymi lub innymi uprawnieniami? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
III.C.3 Rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego uprawnienia dodatkowe z pkt III.C.2		III.C.4 Czy zmiana wieku pacjenta wpływa na limit finansowania? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY	
III.C.5 Czy nastąpiła zmiana limitu finansowania? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		III.C.6 Limit finansowania	
III.C.7 Wysokość procentowego udziału NFZ w limicie finansowania			
<b>CZĘŚĆ IV. POTWIERDZENIE WYDANIA WYROBU MEDYCZNEGO</b> (DRUKUJE ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE)			
<b>IV.A. DANE DOTYCZĄCE WYDANEGO WYROBU MEDYCZNEGO</b> (WYPEŁNIA ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE)			
IV.A.1 Kod wyrobu medycznego	IV.A.2 Umiejscowienie (L – lewostronne, P – prawostronne), jeżeli dotyczy	IV.A.3 Wytwórca, model, nazwa handlowa i numer seryjny <sup>17)</sup>	IV.A.4 Liczba wydanych sztuk
			IV.A.5 Cena detaliczna sztuki
			IV.A.6 Informacja o miesiącu lub miesiącach, których dotyczy odbiór częściowy, jeżeli dotyczy
IV.A.7 łączna kwota		IV.A.8 Kwota refundacji	IV.A.9 Kwota dopłaty pacjenta
<b>IV.B. POTWIERDZENIE WYDANIA WYROBU MEDYCZNEGO</b> (WYPEŁNIA ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE)			
IV.B.1 Data wydania		IV.B.2 Imię (imiona), nazwisko i podpis	
<b>IV.C. DANE DOTYCZĄCE ODBIORU WYROBU MEDYCZNEGO</b> (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) <sup>18)</sup>		IV.C.3 Nazwisko <sup>18)</sup>	
		IV.C.4 Numer PESEL <sup>18)</sup>	
IV.C.5 Rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość <sup>19)</sup> (należy wypełnić w przypadku, gdy osoba odbierająca nie ma numeru PESEL) <input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> inny <sup>19)</sup> .....		IV.C.6 Seria i numer <sup>19)</sup> (należy wypełnić w przypadku, gdy osoba odbierająca nie ma numeru PESEL)	
IV.C.7 Data odbioru			

**Objaśnienia:**

<sup>14)</sup> W przypadku realizowania zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne częściami świadczeniodawca realizujący zlecenie każdorazowo przy wydaniu wyrobu medycznego drukuje części III i IV wzoru.

<sup>15)</sup> Numer identyfikacyjny REGON. Należy wskazać REGON – 9 cyfr dla praktyk zawodowych albo 14 cyfr dla jednostek organizacyjnych.

<sup>16)</sup> Należy zaznaczyć w przypadku złożenia przez pacjenta albo jego przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika albo opiekuna faktycznego oświadczenia o potwierdzeniu posiadania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej.

<sup>17)</sup> Numer seryjny należy wpisać, jeżeli został on nadany wydawanej sztuce wyrobu medycznego.

<sup>18)</sup> Wypełnia się w przypadku, gdy osobą odbierającą jest inna osoba niż pacjent. W przypadku pacjenta wypełnia się, jeżeli dane pacjenta zamieszczone w sekcji I.B uległy zmianie.

<sup>19)</sup> W przypadku zaznaczenia pola „inny” należy wpisać rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość oraz państwo wydania dokumentu.