

ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE

IDENTYFIKACJA ZLECENIA

 ZLECENIE KONTYNUACJAZLECENIA¹⁾

Identyfikator zlecenia	Kod kreskowy
5-PC123456-00078912	

CZĘŚĆ I. WYSTAWIENIE ZLECENIA (WYPEŁNIA I DRUKUJE OSOBA UPRAWNIONA DO WYSTAWIENIAZLECENIA)

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⁾
Szpital Specjalistyczny MatopatiSpółka z ograniczoną odpowiedzialnością	PL 87-100 Toruń Storczykowa 8/10
I.A.3 REGON ³⁾	
12345678	

I.B. DANE PACJENTA

I.B.1 Imię (imiona)	I.B.2 Nazwisko			
Jan	Kowalski			
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 uprawniającego do uzyskania przez pacjenta świadczeń opieki zdrowotnej, jeżeli dotyczy ⁶⁾
123456789	22.07.1961			
I.B.8 Rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość ⁴⁾			I.B.9 Seria i numer ⁴⁾	
<input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> inny ⁷⁾				
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 Ciąża ¹⁰⁾
		<input type="checkbox"/>

I.C. OKREŚLENIE WYROBU MEDYCZNEGO¹¹⁾

I.C.1 Grupa i liczba porządkowa		I.C.2 Umiejscowienie (nie dotyczy stomii)		
R.05.01		<input type="checkbox"/> lewostronne <input type="checkbox"/> prawostronne <input checked="" 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)
E11		3	01-2024	Można wystawić od 1 do 12 miesięcy
I.C.10 Nazwa wyrobu medycznego	I.C.11 Kryteria przyznania wyrobu medycznego ¹³⁾		I.C.12 Dodatkowe informacje dotyczące wyrobu ¹⁴⁾	
Czujnik do systemu Monitorowania stężenia glukozy flash (FGM) zastępujący	161 - dorośli z cukrzycą typu 1 albo 3 albo z Innymi typami cukrzycy posiadający orzeczenie o			

konieczność monitorowania	znacznym stopniu niepełnosprawności ze względu na stan wzroku, wymagający insulinoterapii	
---------------------------	---	--

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	Pryzma	Odległość źrenic mm
Do dali	OP					
	OL					
Do bliży	OP					
	OL					

I.D. DODATKOWE WSKAZANIA DO WYSTAWIENIA ZLECENIA (WYPEŁNIA OSOBA UPRAWNIONA DO WYSTAWIENIA ZLECENIA)

I.D.1 Skrócenie okresu użytkowania wyrobu medycznego	I.D.2 Wskazanie kryterium skrócenia okresu użytkowania wyrobu medycznego, jeżeli dotyczy ¹⁵⁾
<input type="checkbox"/>	
	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
1234567	Anna Nowak
I.E.3 Data wystawienia	I.E.4 Podpis osoby uprawnionej do wystawienia zlecenia, jeżeli dotyczy
22.01.2024	Podpisano elektronicznie Data złożenia podpisu: 22.01.2024 14:18:01