

ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE

IDENTYFIKACJA ZLECENIA

 ZLECENIE KONTYNUACJAZLECENIA¹⁾

Identyfikator zlecenia	Kod kreskowy
5-A12345678-00000912	

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⁾
GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZY SZPITAL KLINICZNY IM. HELIODORA ŚWIĘCICKIEGO UNIwersYTETU MEDYCZNEGO IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU	PL 60-535 POZNAŃ-JEŻYCE POLNA 33
I.A.3 REGON ³⁾	
123456789	

I.B. DANE PACJENTA

I.B.1 Imię (imiona)	I.B.2 Nazwisko			
Patrycja	Tuliszka			
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⁾
91101702902	17.10.1991	kobieta		
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 checked="" 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)
O24.4		3.0	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	221 - kobiety w okresie ciąży i połogu z cukrzycą			

glukozy flash (FGM) z dokładnością ?10%
MARD zastępujący konieczność monitorowania poziomu glikemii glukometrem do 3 sztuk

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	
Do dali	OP					Odległość źrenic mm
	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 użytkowa niawyrobu 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	Wioletta Meissner
I.E.3 Data wystawienia	I.E.4 Podpis osoby uprawnionej do wystawienia zlecenia, jeżeli dotyczy
17.01.2024	Podpisano elektronicznie Data złożenia podpisu: 17.01.2024 09:45:15