

## ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE

## IDENTYFIKACJA ZLECENIA

 ZLECENIE KONTYNUACJAZLECENIA<sup>1)</sup>

Identyfikator zlecenia	Kod kreskowy
5-PP123456-00000789	

## 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 <sup>2)</sup>
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej ANIMED Spółka Jawna	PL 42-600 Tarnowskie Góry Marszałka Józefa Piłsudskiego 9A
I.A.3 REGON <sup>3)</sup>	
12345678912345	

## 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 <sup>4)</sup>	I.B.5 Płeć <sup>4)</sup>	I.B.6 Symbol państwa, jeżeli dotyczy <sup>5)</sup>	I.B.7 Rodzaj i numer dokumentu uprawniającego do uzyskania przez pacjenta świadczeń opieki zdrowotnej, jeżeli dotyczy <sup>6)</sup>
123456789				
I.B.8 Rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość <sup>4)</sup>			I.B.9 Seria i numer <sup>4)</sup>	
<input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> inny <sup>7)</sup>				
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 <sup>8)</sup>	I.BA.2 Dane identyfikujące dokument potwierdzający uprawnienie dodatkowe <sup>9)</sup>	I.BA.3 Ciąża <sup>10)</sup>
		<input type="checkbox"/>

I.C. OKREŚLENIE WYROBU MEDYCZNEGO<sup>11)</sup>

I.C.1 Grupa i liczba porządkowa		I.C.2 Umiejscowienie (nie dotyczy stomii)		
R.05.02		<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) <sup>12)</sup>	I.C.8 Pierwszy miesiąc zaopatrzenia comiesięcznego (format: MM-RRRR)	I.C.9 Liczba miesięcy zaopatrzenia comiesięcznego (1- 12)
E11		3	02-2024	Można wystawić od 1 do 12 miesięcy
I.C.10 Nazwa wyrobu medycznego	I.C.11 Kryteria przyznania wyrobu medycznego <sup>13)</sup>		I.C.12 Dodatkowe informacje dotyczące wyrobu <sup>14)</sup>	
Czujnik do systemu Monitorowania stężenia glukozy flash (FGM) zastępujący	163 - dorośli z cukrzycą typu 1 albo 3 albo innymi typami cukrzycy wymagającymi co najmniej 3		Limit 13 sensorów na 6 miesięcy	

konieczność monitorowania poziomu glikemii glukometrem do 3 sztuk

wstrzyknięć insuliny na dobę (intensywna insulinoterapia)

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 <sup>15)</sup>
<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 <sup>16)</sup>	I.E.2 Imię (imiona) i nazwisko
1234567	Anna Kowalska
I.E.3 Data wystawienia	I.E.4 Podpis osoby uprawnionej do wystawienia zlecenia, jeżeli dotyczy
01.02.2024	<b>Podpisano elektronicznie</b> Data złożenia podpisu: 01.02.2024 10:56:08