

ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE\*

Numer ewidencyjny zlecenia: .....

Pieczętka lub nadruk zawierające dane adresowe przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego/praktyki zawodowej wraz z numerem REGON oraz numerem umowy z NFZ

I. DANE ŚWIADCZENIOBIORCY

Nazwisko i imię: .....

Adres zamieszkania .....

Kod pocztowy: ..... Miejscowość: .....

Ulica ..... nr domu ..... m. ....

Numer PESEL, a w przypadku jego braku nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość:

Grid for PESEL number: 11 empty boxes

II. OKREŚLENIE WYROBU MEDYCZNEGO\*\*

Liczba porządkowa wyrobu medycznego

P / 1 2 9

liczba sztuk ..... 1 .....

Określenie wyrobu medycznego wraz z pisemnym uzasadnieniem (np. według klasyfikacji JCD-10): M.15

WÓZEK INWALIDZKI ALUMINIOWY DLA OSÓB SAMODZIELNIE PORUSZAJĄCYCH SIĘ

Zaopatrzenie:

prawostronne

lewostronne

nie dotyczy

Soczewki okularowe korekcyjne

Table with columns: Sfera, Cylinder, Oś, Pryzma, and rows for 'Do dali' and 'Do bliży' with sub-rows for 'OP' and 'OL'. Includes 'Odległość źrenic' fields.

III. DODATKOWE WSKAZANIA ZLECAJĄCEGO ZAOPATRZENIE: OSOBA MA SPRANNE

RĘCE JEST W STANIE SAMODZIELNIE PORUSZAĆ SIĘ NA WÓZKU

Miesiąc, którego dotyczy zaopatrzenie comiesięczne: .....

Data wystawienia zlecenia

Pieczętka i podpis osoby uprawnionej do wystawienia zlecenia lub kontynuacji zaopatrzenia wraz z numerem prawa wykonywania zawodu

\* Zlecenie na zaopatrzenie comiesięczne może być wystawione na okres nie dłuższy niż trzy kolejne miesiące. Zlecenie na zaopatrzenie comiesięczne może zostać zrealizowane wyłącznie w miesiącach, na które zostało wystawione, z wyłączeniem miesięcy, które upłynęły.

\*\* Zgodnie z przepisami wydanymi 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. Nr 122, poz. 696, z późn.zm.).

WYPEŁNIA OSOBA UPRAWNIONA DO WYSTAWIENIA ZLECENIA LUB KONTYNUACJI ZAOPATRZENIA