

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia  
z dnia ..... (poz. ....)

Załącznik nr 1

Wzór\*

| ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE   |  |  |   |  |  |
|--|--|--|---|--|--|
| IDENTYFIKACJA ZLECENIA   |  |  | <input checked="" type="checkbox"/> ZLECENIE              |  | <input type="checkbox"/> KONTYNUACJA ZLECENIA <sup>1)</sup>  |
| Unikalny numer identyfikacyjny (nadany przez NFZ)  |  |  | Kod kreskowy (nadany przez NFZ)                           |  |  |
| CZĘŚĆ I. WYSTAWIENIE ZLECENIA (WYPEŁNIA I DRUKUJE OSOBA UPRAWNIIONA DO WYSTAWIENIA ZLECENIA) |  |  |   |  |  |
| I.A. DANE PODMIOTU, W RAMACH KTÓREGO WYSTAWIONO ZLECENIE                                     |  |  |   |  |  |
| I.A.1 Nazwa <input checked="" type="checkbox"/>  |  | 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 <input checked="" type="checkbox"/> |   |  |  |
| I.A.3 REGON <sup>2)</sup> <input checked="" type="checkbox"/>                                |  |  |   |  |  |
| <input type="text"/>   |  |  |   |  |  |
| I.B. DANE PACJENTA   |  |  |   |  |  |
| I.B.1 Imię (imiona) <input checked="" type="checkbox"/>                                      |  |  | I.B.2 Nazwisko <input checked="" type="checkbox"/>        |  |  |
| I.B.3 Numer PESEL <input checked="" type="checkbox"/>  |  | I.B.4 Data urodzenia <sup>3)</sup>   | I.B.5 Płeć <sup>3)</sup>                                  | 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 |
| <input type="text"/>   |  | <input type="text"/>   | <input type="text"/>                                      | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   |
| I.B.8 Rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość <sup>3)</sup>                               |  |  |   | I.B.9 Seria i numer <sup>3)</sup>                            |  |
| <input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> inny <sup>5)</sup> .....          |  |  |   | <input type="text"/>   |  |
| I.BA. UPRAWNIENIA  |  |  |   |  |  |
| I.BA.1 UPRAWNIENIE DODATKOWE LUB INNE UPRAWNIENIE, Z KTÓREGO BĘDZIE KORZYSTAŁ PACJENT        |  |  |   |  |  |
| I.BA.7 Kod tytułu uprawnienia dodatkowego <sup>6)</sup>                                      | 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>       |
|  |  |  |   |  |  |

## 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) | Kod kreskowy (nadany przez NFZ) |
|---|---------------------------------|

## I.C. OKREŚLENIE WYROBU MEDYCZNEGO

I.C.1 Wyrób medyczny<sup>7)</sup>

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
| I.C.1.1 Grupa i liczba porządkowa<br>P. 121  |  | I.C.1.2 Umiejscowienie (nie dotyczy stomii)<br><input checked="" type="checkbox"/> lewostronne <input type="checkbox"/> prawostronne <input type="checkbox"/> nie dotyczy  |  |  |
| I.C.1.3 Liczba przetok (dotyczy stomii)  |  | I.C.1.4 Rodzaj przetok (dotyczy stomii)<br><input type="checkbox"/> urostomia <input type="checkbox"/> kolostomia <input type="checkbox"/> ileostomia <input type="checkbox"/> przetoka ślinowa <input type="checkbox"/> nefrostomia |  |  |
| I.C.1.5 Kod ICD-10 (uzasadnienie obejmujące jednostkowe dane medyczne pacjenta)<br>M. 15 | I.C.1.6 Liczba sztuk (dotyczy zleceń innych niż comiesięczne)<br>✓ | I.C.1.7 Liczba sztuk na miesiąc (dotyczy comiesięcznych zleceń)  | I.C.1.8 Pierwszy miesiąc zaopatrzenia comiesięcznego (format: MM-RRRR) | I.C.1.9 Liczba miesięcy zaopatrzenia comiesięcznego (1-12) |
| I.C.1.10 Nazwa wyrobu medycznego<br>trojnąg lub cudowny<br>kington                       |  | I.C.1.11 Kryteria przyznania wyrobu medycznego <sup>8)</sup>   |  |  |

## I.C.2 Soczewki okularowe

|          | Sfera | Cylinder | Oś | Pryzma | Odległość źrenic ..... mm |
|----------|-------|----------|----|--------|---------------------------|
| Do dali  | OP    |          |    |        |                           |
|          | OL    |          |    |        |                           |
| Do bliży | OP    |          |    |        |                           |
|          | OL    |          |    |        |                           |

## I.D. DODATKOWE WSKAZANIA OSOBY UPRAWNIONEJ DO WYSTAWIENIA ZLECENIA

|   |
|---|
| I.D.1 <input type="checkbox"/> Skrócenie okresu użytkowania wyrobu medycznego, jeżeli dotyczy |
| I.D.2 Uzasadnienie skrócenia okresu użytkowania   |

## I.E. DANE OSOBY UPRAWNIONEJ DO WYSTAWIENIA ZLECENIA

|   |                                     |                   |
|---|-------------------------------------|-------------------|
| I.E.1 Numer prawa wykonywania zawodu lub pieczętka zawierająca dane z pól I.E.1 i I.E.3 |                                     |                   |
| I.E.2 Data wystawienia<br>✓   | I.E.3 Imię (imiona) i nazwisko<br>✓ | I.E.4 Podpis<br>✓ |

## Objaśnienia:

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

<sup>8)</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 (Dz. U. z 2019 r. poz. 784, 999 i 1096). W przypadku zaopatrzenia obustronnego należy określić kryterium dla każdej strony osobno.