

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia  
z dnia 13 grudnia 2022 r. (Dz. U. poz. 2713)

## Załącznik nr 1

WZÓR\*

## ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE

|   |  |  |                          |   |  |  |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--------------------------|---|--|--|--|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>IDENTYFIKACJA ZLECENIA</b>   |  | <input type="checkbox"/> ZLECENIE  |                          | <input type="checkbox"/> KONTYNUACJA ZLECENIA <sup>1)</sup>   |  |  |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Unikalny numer identyfikacyjny (nadany przez NFZ)   |  | Kod kreskowy (nadany przez NFZ)  |                          |   |  |  |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>CZĘŚĆ I. WYSTAWIENIE ZLECENIA</b> (WYPEŁNIA I DRUKUJE OSOBA UPRAWNIONA DO WYSTAWIENIA ZLECENIA)  |  |  |                          |   |  |  |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>I.A. DANE PODMIOTU, W RAMACH KTÓREGO WYSTAWIONO ZLECENIE</b>   |  |  |                          |   |  |  |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| I.A.1 Nazwa   |  | 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 |                          |   |  |  |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| I.A.3 REGON <sup>2)</sup>   |  |  |                          |   |  |  |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> |  |  |                          |   |  |  |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |                          |   |  |  |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>I.B. DANE PACJENTA</b>   |  |  |                          |   |  |  |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| I.B.1 Imię (imiona)   |  |  | I.B.2 Nazwisko           |   |  |  |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| I.B.3 Numer PESEL   |  | 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 |  |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> |  |  |                          |   |  |  |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |                          |   |  |  |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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> .....   |  |  |                          | <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> |  |  |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |                          |   |  |  |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>I.BA. UPRAWNIENIA</b>  |  |  |                          |   |  |  |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>I.BA.1 UPRAWNIENIE DODATKOWE LUB INNE UPRAWNIENIE, Z KTÓREGO BĘDZIE KORZYSTAŁ PACJENT</b>  |  |  |                          |   |  |  |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>   |  |  |                          |   |  |  | 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> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |                          |   |  |  |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| I.BA.7 Kod tytułu uprawnienia dodatkowego <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>**

|  |   |  |   |   |
|--|---|--|---|---|
| <b>I.C.1.1 Grupa i liczba porządkowa</b>   | <b>I.C.1.2 Umiejscowienie</b> (nie dotyczy stomii)<br><input type="checkbox"/> lewostronne <input type="checkbox"/> prawostronne <input type="checkbox"/> nie dotyczy   |  |   |   |
| <b>I.C.1.3 Liczba przetok</b> (dotyczy stomii)   | <b>I.C.1.4 Rodzaj przetok</b> (dotyczy stomii)<br><input type="checkbox"/> urostomia <input type="checkbox"/> kolostomia <input type="checkbox"/> ileostomia <input type="checkbox"/> nefrostomia <input type="checkbox"/> inna |  |   |   |
| <b>I.C.1.5 Kod ICD-10</b> (uzasadnienie obejmujące jednostkowe dane medyczne pacjenta) | <b>I.C.1.6 Liczba sztuk</b> (dotyczy zleceń innych niż comiesięczne)  | <b>I.C.1.7 Liczba sztuk na miesiąc</b> (dotyczy comiesięcznych zleceń) <sup>8)</sup> | <b>I.C.1.8 Pierwszy miesiąc zaopatrzenia comiesięcznego</b> (format: MM-RRRR) | <b>I.C.1.9 Liczba miesięcy zaopatrzenia comiesięcznego</b> (1-12) |
| <b>I.C.1.10 Nazwa wyrobu medycznego</b>  | <b>I.C.1.11 Kryteria przyznania wyrobu medycznego</b> <sup>9)</sup>   | <b>I.C.1.12 Dodatkowe informacje dotyczące wyrobu</b> <sup>10)</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**

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

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

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

**Objaśnienia:**

- <sup>7)</sup> W przypadku soczewek okularowych należy uzupełnić tylko te pola, które dotyczą tej kategorii wyrobów medycznych.
- <sup>8)</sup> W przypadku wyrobów medycznych przysługujących comiesięcznie, dla których nie została określona liczba sztuk 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 2022 r. poz. 2555, z późn. zm.), należy wpisać liczbę 1 albo jej wielokrotność (w przypadku uprawnień dodatkowych), z dokładnością do 1 miejsca po przecinku.
- <sup>9)</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. W przypadku zaopatrzenia obustronnego należy określić kryterium dla każdej strony osobno.
- <sup>10)</sup> Należy wpisać dodatkowe informacje dotyczące wyrobu, np. stopień ucisku, preferowane wyposażenie dodatkowe itp.

|  |  |  |   |                                  |  |   |
|--|--|--|---|----------------------------------|--|---|
| <b>Unikalny numer identyfikacyjny</b> (nadany przez NFZ)   | <b>Kod kreskowy</b> (nadany przez NFZ)   |  |   |                                  |  |   |
| <b>CZĘŚĆ II. WERYFIKACJA ZLECENIA</b> (DOKONYWANA PRZEZ NFZ ZA POŚREDNICTWEM SERWISÓW INTERNETOWYCH LUB USŁUG INFORMATYCZNYCH NFZ ALBO BEZPOŚREDNIO W ODDZIALE WOJEWÓDZKIM NFZ – WÓWCZAS DRUKUJE OSOBA UPRAWNIONA DO WYSTAWIENIA ZLECENIA) |  |  |   |                                  |  |   |
| <b>II.A. WYNIK WERYFIKACJI</b>   |  |  |   |                                  |  |   |
| <b>II.A.1 Wynik weryfikacji</b><br><input type="checkbox"/> pozytywna <input type="checkbox"/> negatywna   | <b>II.A.2 Kod oddziału wojewódzkiego NFZ<sup>11)</sup></b>   |  |   |                                  |  |   |
| <b>II.AA.1 Realizacja zlecenia od dnia</b>   | <b>II.AA.2 Końcowa data realizacji zlecenia</b>  |  |   |                                  |  |   |
| <b>II.B. POTWIERDZENIE LIMITU FINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH WYROBU MEDYCZNEGO</b>  |  |  |   |                                  |  |   |
| <b>II.B.1 Grupa i liczba porządkowa</b>  | <b>II.B.2 Kod wyrobu medycznego</b>  | <b>II.B.3 Umiejscowienie (L – lewostronne, P – prawostronne), jeżeli dotyczy</b> | <b>II.B.4 Potwierdzona liczba sztuk</b> | <b>II.B.5 Limit finansowania</b> | <b>II.B.6 Wysokość procentowego udziału NFZ w limicie finansowania<sup>12)</sup></b> | <b>II.B.7 Data ważności potwierdzenia limitu finansowania<sup>13)</sup></b> |
|  |  |  |   |                                  |  |   |
| <b>II.C. PRZYCZYNA NEGATYWNEJ WERYFIKACJI</b> (JEŻELI DOTYCZY)   |  |  |   |                                  |  |   |
|  |  |  |   |                                  |  |   |
| <b>II.D. INFORMACJE DLA PACJENTA</b>   |  |  |   |                                  |  |   |
|  |  |  |   |                                  |  |   |
| <b>II.E. POTWIERDZENIE WERYFIKACJI ZLECENIA</b>  |  |  |   |                                  |  |   |
| <b>II.E.1 Data weryfikacji</b>   | <b>II.E.2 Weryfikacja za pośrednictwem serwisów internetowych lub usług informatycznych NFZ / Imię (imiona), nazwisko i podpis pracownika oddziału wojewódzkiego NFZ</b> |  |   |                                  |  |   |
|  |  |  |   |                                  |  |   |

**Objaśnienia:**

<sup>11)</sup> Kod właściwego dla pacjenta oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, który finansuje zaopatrzenie w wyroby medyczne.

<sup>12)</sup> Wysokość udziału własnego pacjenta w limicie finansowania ze środków publicznych została określona 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.

<sup>13)</sup> Ważność potwierdzonego limitu finansowania ze środków publicznych wyrobu medycznego nie dotyczy kobiet w ciąży.

|   |  |   |  |                                   |   |
|---|--|---|--|-----------------------------------|---|
| Unikalny numer identyfikacyjny (nadany przez NFZ)   |  | Kod kreskowy (nadany przez NFZ)   |  |                                   |   |
| <b>CZĘŚĆ III. REALIZACJA ZLECENIA U ŚWIADCZENIODAWCY</b> (WYPEŁNIA I DRUKUJE ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE WEDŁUG STANU NA DZIEŃ PRZYJĘCIA DO REALIZACJI <sup>14)</sup> )   |  |   |  |                                   |   |
| <b>III.A. PRZYJĘCIE DO REALIZACJI ZLECENIA</b>  |  |   |  |                                   |   |
| III.A.1 Data przyjęcia do realizacji  | III.A.2<br><input type="checkbox"/> częściowa realizacja zlecenia  | III.A.3 Miesiąc albo miesiące, których dotyczy realizacja zlecenia (słownie)  |  |                                   |   |
| <b>III.B DANE ŚWIADCZENIODAWCY REALIZUJĄCEGO ZLECENIE</b>   |  |   |  |                                   |   |
| III.B.1 Nazwa świadczeniodawcy  |  | III.B.2 REGON <sup>15)</sup>  |  |                                   |   |
| III.B.3 Adres miejsca udzielania świadczeń: kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer domu lub lokalu   |  | III.B.4 Numer umowy z NFZ   |  |                                   |   |
| <b>III.C. POTWIERDZENIE POSIADANIA PRAWA DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ I LIMITU FINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH</b>  |  |   |  |                                   |   |
| III.C.1 Czy pacjent posiada prawo do świadczeń opieki zdrowotnej?<br><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK – OŚWIADCZENIE <sup>16)</sup>   |  | III.C.2 Czy pacjent dysponuje nowymi uprawnieniami dodatkowymi lub innymi uprawnieniami?<br><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |  |                                   |   |
| III.C.3 Rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego uprawnienia dodatkowe z pkt III.C.2   |  | III.C.7 Wysokość procentowego udziału NFZ w limicie finansowania  |  |                                   |   |
| III.C.4 Czy zmiana wieku pacjenta wpływa na limit finansowania?<br><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY   | III.C.5 Czy nastąpiła zmiana limitu finansowania?<br><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | III.C.6 Limit finansowania  |  |                                   |   |
| <b>CZĘŚĆ IV. POTWIERDZENIE WYDANIA WYROBU MEDYCZNEGO</b> (DRUKUJE ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE)  |  |   |  |                                   |   |
| <b>IV.A. DANE DOTYCZĄCE WYDANEGO WYROBU MEDYCZNEGO</b> (WYPEŁNIA ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE)   |  |   |  |                                   |   |
| IV.A.1 Kod wyrobu medycznego  | IV.A.2 Umiejscowienie (L – lewostronne, P – prawostronne), jeżeli dotyczy                                      | IV.A.3 Wytwórca, model, nazwa handlowa i numer seryjny <sup>17)</sup>   | IV.A.4 Liczba wydanych sztuk   | IV.A.5 Cena detaliczna sztuki     | IV.A.6 Informacja o miesiącu lub miesiącach, których dotyczy odbiór częściowy, jeżeli dotyczy |
| IV.A.7 łączna kwota   |  | IV.A.8 Kwota refundacji   | IV.A.9 Kwota dopłaty pacjenta  |                                   |   |
| <b>IV.B. POTWIERDZENIE WYDANIA WYROBU MEDYCZNEGO</b> (WYPEŁNIA ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE)   |  |   |  |                                   |   |
| IV.B.1 Data wydania   |  |   | IV.B.2 Imię (imiona), nazwisko i podpis  |                                   |   |
| <b>IV.C. DANE DOTYCZĄCE ODBIORU WYROBU MEDYCZNEGO</b> (WYPEŁNIA OSOBA ODBIERAJĄCA LUB ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE)  |  |   |  |                                   |   |
| IV.C.1 Osoba odbierająca<br><input type="checkbox"/> pacjent <input type="checkbox"/> inna osoba odbierająca  |  |   |  |                                   |   |
| IV.C.2 Imię (imiona) <sup>18)</sup>   |  | IV.C.3 Nazwisko <sup>18)</sup>  |  | IV.C.4 Numer PESEL <sup>18)</sup> |   |
| IV.C.5 Rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość <sup>19)</sup> (należy wypełnić w przypadku, gdy osoba odbierająca nie ma numeru PESEL)<br><input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> inny <sup>19)</sup> ..... |  |   | IV.C.6 Seria i numer <sup>19)</sup> (należy wypełnić w przypadku, gdy osoba odbierająca nie ma numeru PESEL) |                                   |   |
| IV.C.7 Data odbioru   |  |   |  |                                   |   |

**Objaśnienia:**

<sup>14)</sup> W przypadku realizowania zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne częściami świadczeniodawca realizujący zlecenie każdorazowo przy wydaniu wyrobu medycznego drukuje części III i IV wzoru.

<sup>15)</sup> Numer identyfikacyjny REGON. Należy wskazać REGON – 9 cyfr dla praktyk zawodowych albo 14 cyfr dla jednostek organizacyjnych.

<sup>16)</sup> Należy zaznaczyć w przypadku złożenia przez pacjenta albo jego przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika albo opiekuna faktycznego oświadczenia o potwierdzeniu posiadania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej.

<sup>17)</sup> Numer seryjny należy wpisać, jeżeli został on nadany wydawanej sztuce wyrobu medycznego.

<sup>18)</sup> Wypełnia się w przypadku, gdy osobą odbierającą jest inna osoba niż pacjent. W przypadku pacjenta wypełnia się, jeżeli dane pacjenta zamieszczone w sekcji I.B uległy zmianie.

<sup>19)</sup> W przypadku zaznaczenia pola „inny” należy wpisać rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość oraz państwo wydania dokumentu.