

WZÓR*

ZLECENIE NAPRAWY WYROBU MEDYCZNEGO

IDENTYFIKACJA ZLECENIA

Unikalny numer identyfikacyjny (nadany przez NFZ)	Kod kreskowy (nadany przez NFZ)
---	---------------------------------

CZĘŚĆ I. ZLECENIE I WERYFIKACJA UPRAWNIENIA (WYPEŁNIA I DRUKUJE ODDZIAŁ WOJEWÓDZKI NFZ)

I.A. DANE PACJENTA

I.A.1 Imię (imiona)		I.A.2 Nazwisko		
I.A.3 Numer PESEL	I.A.4 Data urodzenia ¹⁾	I.A.5 Płeć ¹⁾	I.A.6 Symbol państwa, jeżeli dotyczy ²⁾	I.A.7 Rodzaj i numer dokumentu uprawniającego do uzyskania przez pacjenta świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, jeżeli dotyczy
I.A.8 Rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość ¹⁾			I.A.9 Seria i numer ¹⁾	
<input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> inny ³⁾			<input type="text"/>	

I.AA. UPRAWNIENIE DODATKOWE, Z KTÓREGO BĘDZIE KORZYSTAŁ PACJENT

I.AA.1 Czy pacjent posiada uprawnienia dodatkowe?
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

I.B. OKREŚLENIE WYROBU MEDYCZNEGO BĘDĄCEGO PRZEDMIOTEM NAPRAWY WRAZ Z UZASADNIENIEM

I.B.1 Wyrób medyczny		I.B.1.2 Numer ewidencyjny zlecenia, na którego podstawie wydano wyrób medyczny będący przedmiotem naprawy
I.B.1.1 Grupa i liczba porządkowa	I.B.1.3 Umiejscowienie	
<input type="checkbox"/> lewostronne <input type="checkbox"/> prawostronne <input type="checkbox"/> nie dotyczy		
I.B.1.4 Nazwa naprawianego wyrobu medycznego, wytwórca, model, nazwa handlowa, numer seryjny ⁴⁾ wraz z uzasadnieniem obejmującym jednostkowe dane medyczne pacjenta		

I.C. WERYFIKACJA WRAZ Z POTWIERDZENIEM UPRAWNIENIA

I.C.1 Data weryfikacji	I.C.2 Potwierdzone uprawnienie do naprawy	I.C.3 Limit ceny naprawy	I.C.4 Kod oddziału wojewódzkiego NFZ ⁵⁾	I.C.5 Kod naprawy wyrobu medycznego
	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie			

I.CA. INFORMACJE

Zostałem poinformowany, że w przypadku dokonania naprawy i wykorzystania części lub całości limitu naprawy okres użytkowania wyrobu medycznego ulega wydłużeniu proporcjonalnie do wykorzystanej części limitu naprawy, z zaokrągleniem w dół do pełnego miesiąca.

I.CA.1 Okres użytkowania wyrobu medycznego ulega wydłużeniu do	
I.CA.2 Czytelny podpis pacjenta	I.CA.3 Data

I.CB. WYNIK WERYFIKACJI

I.CB.1 Przyczyna odmowy naprawy	I.CB.2 Weryfikacja za pośrednictwem serwisów internetowych lub usług informatycznych NFZ / Imię (imiona), nazwisko i podpis pracownika oddziału wojewódzkiego NFZ
I.CB.3 Inne informacje dla pacjenta	

Unikalny numer identyfikacyjny (nadany przez NFZ)		Kod kreskowy (nadany przez NFZ)	
CZĘŚĆ II. REALIZACJA ZLECENIA NAPRAWY (WYPEŁNIA I DRUKUJE ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY NAPRAWĘ WEDŁUG STANU NA DZIEŃ PRZYJĘCIA ZLECENIA DO REALIZACJI)			
II.A. REALIZACJA ZLECENIA NAPRAWY			
II.A.1 Data przyjęcia zlecenia do realizacji			
II.B. DANE ŚWIADCZENIODAWCY REALIZUJĄCEGO ZLECENIE NAPRAWY			
II.B.1 Nazwa świadczeniodawcy		II.B.2 REGON ⁶⁾	
II.B.3 Adres miejsca udzielania świadczeń		II.B.4 Numer umowy z NFZ	
II.C. POTWIERDZENIE POSIADANIA PRAWA DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ I LIMITU FINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH			
II.C.1 Czy pacjent posiada prawo do świadczeń opieki zdrowotnej? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK – OŚWIADCZENIE ⁷⁾	II.C.2 Czy pacjent dysponuje nowymi uprawnieniami dodatkowymi? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	II.C.3 Rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego uprawnienia dodatkowe z pkt II.C.2	II.C.4 Limit finansowania
CZĘŚĆ III. POTWIERDZENIE WYDANIA NAPRAWIONEGO WYROBU MEDYCZNEGO (DRUKUJE ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE)			
III.A. DANE DOTYCZĄCE NAPRAWIONEGO WYROBU MEDYCZNEGO (WYPEŁNIA ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE)			
III.A.1 Opis naprawionego wyrobu medycznego wraz z opisem naprawy			
III.A.2 Łączna kwota naprawy	III.A.3 Kwota finansowania ze środków publicznych	III.A.4 Dopłata pacjenta do naprawy	III.A.5 Okres gwarancji
III.B. POTWIERDZENIE WYDANIA NAPRAWIONEGO WYROBU MEDYCZNEGO (WYPEŁNIA ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE)			
III.B.1 Data wydania		III.B.2 Imię (imiona), nazwisko i podpis osoby wydającej	
III.C. DANE DOTYCZĄCE ODBIORU NAPRAWIONEGO WYROBU MEDYCZNEGO (WYPEŁNIA OSOBA ODBIERAJĄCA LUB ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE)			
III.C.1 Osoba odbierająca <input type="checkbox"/> pacjent <input type="checkbox"/> inna osoba odbierająca			
III.C.2 Imię (imiona) ⁸⁾	III.C.3 Nazwisko ⁸⁾	III.C.4 Numer PESEL ⁸⁾	
III.C.5 Rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość ⁸⁾ (należy wypełnić w przypadku, gdy osoba odbierająca nie ma numeru PESEL) <input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> inny ³⁾		III.C.6 Seria i numer ⁸⁾ (należy wypełnić w przypadku, gdy osoba odbierająca nie ma numeru PESEL)	
III.C.7 Data odbioru			

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.

¹⁾ Należy wypełnić w przypadku, gdy pacjent nie ma numeru PESEL.

²⁾ Symbol państwa odpowiedniego dla instytucji właściwej dla osoby uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji.

³⁾ W przypadku zaznaczenia pola „inny” należy wpisać rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość oraz państwo wydania dokumentu.

⁴⁾ Numer seryjny należy wpisać, jeżeli został on nadany naprawianej sztuce wyrobu medycznego.

⁵⁾ Kod właściwego dla pacjenta oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, który finansuje naprawę wyrobu medycznego.

⁶⁾ Numer identyfikacyjny REGON. Należy wskazać REGON – 9 cyfr dla praktyk zawodowych albo 14 cyfr dla jednostek organizacyjnych.

⁷⁾ 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.

⁸⁾ Wypełnia się w przypadku, gdy osobą odbierającą jest inna osoba niż pacjent. W przypadku pacjenta wypełnia się, jeżeli dane pacjenta zamieszczone w sekcji I.A uległy zmianie.