Załącznik do zarządzenia Nr 9/2014/DSOZ
Prezesa NFZ z dnia 4 marca 2014 r.
Załącznik nr 8 do zarządzenia Nr 90/2013/DSOZ
Prezesa NFZ dnia 24.12.2013 r.

ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE *

Numer ewidencyjny zlecenia: .....

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

WYPEŁNIA OSOBA UPRAWNIONA DO WYSTAWIENIA ZLECENIA LUB KONTYNUACJI ZAOPATRZENIA

I. DANE ŚWIADCZENIOBIORCY

Nazwisko i imię: .....

Adres zamieszkania

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

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

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

II. OKREŚLENIE WYROBU MEDYCZNEGO**

Liczba porządkowa wyrobu medycznego | | / | | | |

liczba sztuk .....

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

.....

.....

.....

Zaopatrzenie:

prawostronne ☐ lewostronne ☐ nie dotyczy ☐

Soczewki okularowe korekcyjne

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

III. DODATKOWE WSKAZANIA ZLECAJĄCEGO ZAOPATRZENIE: .....

.....

.....

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

.....
Data wystawienia zlecenia

.....
Pieczątka 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.).

admed® MEDICAL PARTNER
Ogólnopolskie Centrum Zaopatrzenia Medycznego
infolinia 24/7: +48 792 863 761 tel./fax. 62 751 24 02 / (62) 30 70 666
www.admed.org.pl zamówienia: sklep@admed.org.pl klient@admed.org.pl

WYPEŁNIA PRACOWNIK ODDZIAŁU WOJEWÓDZKIEGO NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

IV. POTWIERDZENIE UPRAWNIENIA DO ZAOPATRZENIA WNIOSKOWANYM WYROBEM MEDYCZNYM

Kod tytułu uprawnienia .....

Kod tytułu uprawnienia dodatkowego ..... nr dokumentu .....

Nazwa i numer oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia .....

Limit finansowania ze środków publicznych ..... Refundacja Narodowego Funduszu Zdrowia ..... %

Przyczyna odmowy potwierdzenia prawa do refundacji .....

.....

Data potwierdzenia zlecenia .....

.....

Pieczątka podpis pracownika oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

WYPEŁNIA PODMIOT REALIZUJĄCY CZYNNOŚCI Z ZAKRESU ZAOPATRZENIA W WYROBY MEDYCZNE

V. POTWIERDZENIE ODBIORU MEDYCZNEGO U ŚWIADCZENIODAWCY

.....
Data przyjęcia do realizacji

.....
Pieczątka podmiotu realizującego czynności z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne, w tym adres miejsca udzielania świadczeń wraz z numerem umowy z NFZ

Liczba sztuk ..... Dane dotyczące wyrobu medycznego (wytwórca, model, nazwa handlowa) .....

.....

.....

Cena detaliczna wyrobu medycznego .....

Kwota refundacji ..... Dopłata świadczeniobiorcy .....

Potwierdzam wydanie wyrobu medycznego zgodnie ze zleceniem

.....
Data, pieczątka i podpis osoby realizującej zlecenie

Potwierdzam odbiór wyrobu medycznego zgodnie ze zleceniem

.....
Data odbioru, imię i nazwisko, numer PESEL, a w przypadku jego braku nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby odbierającej
(wypełnić drukowanymi litarmi)

.....
podpis osoby odbierającej***

*** W przypadku osoby niewidomej formą potwierdzenia odbioru może być również faksymile podpisu złożona w obecności osoby wydającej wyrób medyczny

Admed® MEDICAL PARTNER