

WYPEŁNIA OSOBA UPRAWNIONA DO WYSTAWIENIA ZLECZENIA LUB KONTYNUACJI ZAOPATRZENIA																																																		
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 domum. Numer PESEL, a w przypadku jego braku nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość: <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> II. OKREŚLENIE WYROBU MEDYCZNEGO** Liczba porządkowa wyrobu medycznego <table><tr><td></td><td>/</td><td></td><td></td><td></td></tr></table> liczba sztuk Określenie wyrobu medycznego wraz z pisemnym uzasadnieniem (np. według klasyfikacji ICD-10): Zaopatrzenie: prawostronne <table><tr><td></td></tr></table> lewostronne <table><tr><td></td></tr></table> nie dotyczy <table><tr><td></td></tr></table> Soczewki okularowe korekcyjne<table><tr><td></td><td></td><td>Sfera</td><td>Cylinder</td><td>Oś</td><td>Pryzma</td><td></td></tr><tr><td rowspan="2">Do dali</td><td>OP</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td rowspan="2">Odległość źrenic mm</td></tr><tr><td>OL</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td rowspan="2">Do bliży</td><td>OP</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td rowspan="2">Odległość źrenic mm</td></tr><tr><td>OL</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> III.DODATKOWE WSKAZANIA ZLECAJĄCEGO ZAOPATRZENIE: 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 oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696, z późn.zm.).													/									Sfera	Cylinder	Oś	Pryzma		Do dali	OP					Odległość źrenic mm	OL					Do bliży	OP					Odległość źrenic mm	OL				
	/																																																	
		Sfera	Cylinder	Oś	Pryzma																																													
Do dali	OP					Odległość źrenic mm																																												
	OL																																																	
Do bliży	OP					Odległość źrenic mm																																												
	OL																																																	

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 _____ Podpis i pieczęć pracownika oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia
	V. POTWIERDZENIE ODBIORU WYROBU MEDYCZNEGO U ŚWIADCZENIODAWCY _____ Data przyjęcia do realizacji _____ Pieczęć 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, pieczęć 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 literami) _____ podpis osoby odbierającej***

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