

WZÓR

CZĘŚĆ I

**WNIOSEK DO PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA
O PRZEPROWADZENIE LECZENIA LUB BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH POZA GRANICAMI KRAJU ORAZ POKRYCIE KOSZTÓW TRANSPORTU
DO MIEJSCA UDZIELENIA ŚWIADCZEŃ**

INSTRUKCJA

- a. Wniosek należy WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI,
- b. Osoby uprawnione do uzyskania leczenia lub badań diagnostycznych poza granicami kraju oraz osoby uprawnione do składania niniejszego wniosku zostały wskazane w art. 42j ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.),
- c. Część I.A. wniosku wypełnia centrala Narodowego Funduszu Zdrowia, zwana dalej „centralą Funduszu”,
- d. Część I.B. oraz części II i VI wniosku wypełnia osoba składająca wniosek,
- e. Część III. A - D wniosku wypełnia lekarz ubezpieczenia zdrowotnego - specjalista w dziedzinie medycyny właściwej ze względu na zakres wnioskowanego leczenia lub badań diagnostycznych, posiadający tytuł naukowy profesora lub stopień naukowy doktora habilitowanego nauk medycznych,
- f. Część IV wniosku wypełnia konsultant wojewódzki,
- g. Część V wniosku wypełnia Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, zwany dalej „Prezesem Funduszu”.

UWAGA:

- a. Wniosek z wypełnioną częścią I, II, III i VI oraz kopią dokumentacji medycznej składa się w centrali Funduszu.
- b. W przypadku dokumentacji medycznej sporządzonej w języku obcym, do wniosku dołącza się tłumaczenie tej dokumentacji na język polski; tłumaczenie nie musi być sporządzone przez tłumacza przysięgłego.

I. A. DANE IDENTYFIKACYJNE WNIOSKU

Data wpływu wniosku do centrali Funduszu: (dd/mm/rrrr)	Pieczęć jednostki organizacyjnej centrali Funduszu:
Numer identyfikacyjny wniosku:	Imię i nazwisko/ pieczęć/ podpis osoby przyjmującej wniosek:

I. B. PRZEDMIOT WNIOSKU:

(proszę zakreślić odpowiednie pola)

- 1.1. ☐ przeprowadzenie poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych - w przypadku leczenia lub badań diagnostycznych należących do świadczeń gwarantowanych, których aktualnie nie wykonuje się w kraju,
oraz
- 1.2. ☐ pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielania świadczeń
2. ☐ Wnoszę o przesłanie wniosku do konsultanta wojewódzkiego w celu zaopiniowania.¹

¹ Zaznaczenie tego pola spowoduje obligatoryjne przesłanie wniosku do zaopiniowania przez konsultanta wojewódzkiego.

CZĘŚĆ II**II. A. DANE OSOBY, KTÓREJ DOTYCZY WNIOSEK**

1.	Imię i nazwisko:	
2.	Numer PESEL (w przypadku gdy nie nadano nr PESEL - numer dokumentu potwierdzającego tożsamość):	
3.	Data urodzenia:	
4.	Adres miejsca zamieszkania:	
5.	Adres do korespondencji (wypełnić w przypadku gdy jest inny niż adres miejsca zamieszkania):	
6.	Numer telefonu lub adres poczty elektronicznej ² :	

II. B. DANE OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK
(wypełnić, jeśli wniosku nie składa osoba, której dotyczy wniosek)

1.	Imię i nazwisko:	
2.	Numer PESEL (w przypadku gdy nie nadano nr PESEL- numer dokumentu potwierdzającego tożsamość):	
3.	Data urodzenia:	
4.	Adres miejsca zamieszkania:	
5.	Adres do korespondencji (wypełnić w przypadku gdy jest inny niż adres miejsca zamieszkania):	
6.	Numer telefonu lub adres poczty elektronicznej ² :	

² Jeżeli posiada.

CZĘŚĆ III**III. A. DANE LEKARZA WYPEŁNIAJĄCEGO WNIOSEK**

1.	Imię i nazwisko lekarza:	
2.	Pieczęć lekarza zawierająca numer prawa wykonywania zawodu, informację o specjalizacji oraz tytuł lub stopień naukowy:	
3.	Pieczęć świadczeniodawcy, u którego lekarz wypełniający wniosek udziela świadczeń opieki zdrowotnej:	

III. B. WSKAZANIE ZAGRANICZNEGO PODMIOTU UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH, W KTÓRYM MAJĄ ZOSTAĆ UDZIELONE ŚWIADCZENIA OPIEKI ZDROWOTNEJ

1.	Państwo:	
2.	Pełna nazwa i dane kontaktowe podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych w innym niż Rzeczpospolita Polska Państwie członkowskim UE/EFTA lub w innym państwie niż państwo członkowskie UE/EFTA (adres, numer telefonu/faksu, adres e-mail):	
3.	Uzasadnienie wyboru ww. zagranicznego podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych:	

III. C. ZAKRES LECZENIA POZA GRANICAMI KRAJU

1.	Rozpoznanie kliniczne, w zakresie którego dotyczy wniosek, rozpoznania współistniejące (z zastosowaniem Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD - 10):	
2.	Dotychczasowy przebieg choroby i zastosowane leczenie:	
3.	Prognoza, co do prawdopodobnego dalszego przebiegu choroby:	
4.	Wskazanie szczegółowego zakresu leczenia lub badań diagnostycznych, których dotyczy wniosek:	

5.	Uzasadnienie konieczności leczenia w zagranicznym podmiocie udzielającym świadczeń zdrowotnych, wraz ze wskazaniem przyczyn braku możliwości przeprowadzenia leczenia na terenie kraju:	
III. D. WSKAZANIA DOTYCZĄCE TRANSPORTU DO MIEJSCA LECZENIA POZA GRANICAMI KRAJU		
Wskazanie środka transportu do miejsca leczenia poza granicami kraju wraz z uzasadnieniem konieczności jego zastosowania:		

Miejscowość:.....Data wypełnienia wniosku:.....
(dd/mm/rrrr)

Podpis lekarza wypełniającego wniosek:.....

Pieczęć lekarza wypełniającego wniosek:

CZĘŚĆ IV

(wypełnia konsultant wojewódzki w zakresie wskazanym przez Prezesa Funduszu)

Miejscowość:.....Data wypełnienia wniosku:.....
(dd/mm/rrrr)

Podpis konsultanta wojewódzkiego opiniującego wniosek:.....

Pieczęć konsultanta wojewódzkiego opiniującego wniosek:

CZĘŚĆ V

(wypełnia centrala Funduszu)

1.	Przedmiot wniosku:	1.1. ☐ przeprowadzenie leczenia poza granicami kraju 1.2. ☐ przeprowadzenie badań diagnostycznych poza granicami kraju 1.3. ☐ pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielania świadczeń
2.	Przewidywane koszty wnioskowanego leczenia lub badań diagnostycznych:	
3.	Rodzaj środka oraz przewidywane koszty transportu do miejsca leczenia poza granicami kraju:	 (środek transportu) (koszty transportu)
4.	Miejscowość:.....Data:..... (dd/mm/rrrr) Podpis i pieczęć pracownika właściwej komórki organizacyjnej Centrali Funduszu: Pieczęć właściwej komórki organizacyjnej Centrali Funduszu:	

CZĘŚĆ VI - SPIS ZAŁĄCZNIKÓW

Do niniejszego wniosku załączam następujące dokumenty (rodzaj, ilość ark.):

[illegible]

OŚWIADCZENIE

Świadomy/ świadoma odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu karnego oświadczam, że wszystkie dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.

Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego informowania Funduszu o zmianach, które nastąpią w trakcie rozpatrywania wniosku, w szczególności dotyczących danych osobowych lub ubezpieczeniowych.

Miejscowość:.....Data:.....Czytelny podpis osoby składającej wniosek:.....
(dd/mm/rrrr)