

## WZÓR

## CZĘŚĆ I

**WNIOSEK DO PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA  
O PRZEPROWADZENIE LECZENIA LUB BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH  
ALBO KONTYNUACJĘ 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. 25 ust. 2 i art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.),
- c. Część I.A. wniosku wypełnia osoba składająca wniosek,
- d. Część I.B. wniosku wypełnia dyrektor oddziału Funduszu
- e. Część II i odpowiednio IIIa, IIIb albo IIIc wniosku wypełnia lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, specjalista właściwej dziedziny medycyny, posiadający tytuł profesora lub stopień doktora habilitowanego nauk medycznych albo lekarz prowadzący leczenie lub badania diagnostyczne na terytorium innego państwa członkowskiego UE/EFTA, w przypadku gdy wnioskodawca w chwili złożenia wniosku przebywa lub zamieszkuje na terytorium innego państwa członkowskiego UE/EFTA,
- f. Odpowiednio część IVa, IVb albo IVc wniosku wypełnia konsultant wojewódzki.

## UWAGA:

- a. Wniosek z wypełnioną częścią I.A., II i odpowiednio IIIa, IIIb albo IIIc wraz ze sporządzonym przez tłumacza przysięgłego tłumaczeniem części II wniosku na język urzędowy kraju, w którym ma zostać udzielone świadczenie, albo na język angielski, oraz kopią dokumentacji medycznej w zakresie objętym wnioskiem, składa się w oddziale wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ), właściwym ze względu na miejsce zamieszkania wnioskodawcy na terytorium Polski, a w przypadku braku miejsca zamieszkania na terytorium Polski - w oddziale wojewódzkim NFZ właściwym ze względu na miejsce pobytu wnioskodawcy na terytorium Polski,
- b. W przypadku, gdy wnioskodawca w chwili złożenia wniosku przebywa lub zamieszkuje na terytorium innego państwa członkowskiego UE/EFTA, do wniosku należy dołączyć wstępny kosztorys leczenia oraz kopię dokumentacji medycznej sporządzonej przez zagraniczną placówkę opieki medycznej w zakresie objętym wnioskiem wraz z jej uwierzytelnionym tłumaczeniem na język polski, jeżeli została sporządzona w innym języku niż język angielski.

## Numer identyfikacyjny wniosku

.....

(nadaje właściwy oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia)

## I. A.

## PRZEDMIOT WNIOSKU:

(proszę zakreślić odpowiednie pola)

- 1.1.  przeprowadzenie poza granicami kraju, w państwie członkowskim Unii Europejskiej lub w Państwie Członkowskim Europejskiego porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) leczenia lub badań diagnostycznych, które przeprowadza się w Polsce
- 1.2.  pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielania świadczeń
- 2.1.  przeprowadzenie poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych, których nie przeprowadza się w Polsce
- 2.2.  pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielania świadczeń
- 3.1.  kontynuacja leczenia lub badań diagnostycznych poza granicami kraju po przeniesieniu miejsca zamieszkania wnioskodawcy do innego państwa członkowskiego UE/EFTA
- 3.2.  pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielania świadczeń
4.  Wnoszę o przesłanie wniosku do konsultanta wojewódzkiego w celu zaopiniowania z powodu:

.....  
 .....  
 .....1)

<sup>1)</sup> Zaznaczenie tego pola spowoduje obligatoryjne przesłanie wniosku do zaopiniowania przez konsultanta wojewódzkiego.

<b>DANE WNIOSKODAWCY</b>	
1. Imię (imiona)	2. Nazwisko
3. Data urodzenia	4. PESEL <sup>2)</sup>
5. Adres zamieszkania lub pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej/telefon	
.....	
.....	.....
miejsowość	ulica
nr domu	nr lokalu
kod pocztowy/poczta	
nr telefonu/fax	
.....	
.....	.....
miejsowość	dnia
podpis osoby składającej wniosek	
.....	
.....	.....
miejsowość	dnia
podpis osoby przyjmującej wniosek	
pieczęć właściwego wojewódzkiego oddziału Funduszu	
<b>I.B.</b>	
<b>Wnioskowane leczenie lub badania diagnostyczne mogą być przeprowadzone na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w:</b>	
.....	
.....	
Proponowana (ne) placówka (i) opieki medycznej (nazwa, adres, nr tel./fax)	
<b>W terminie:</b> .....	
.....	
.....	.....
miejsowość	dnia
podpis, pieczęć dyrektora właściwego wojewódzkiego oddziału Funduszu	

<sup>2)</sup>W przypadku, gdy wnioskodawcy nie nadano numeru PESEL, należy wpisać serię i numer dowodu osobistego lub paszportu.

**CZĘŚĆ II**

1. Imię (imiona)

2. Nazwisko

3. Szczegółowe rozpoznanie kliniczne, aktualny stan zdrowia:

.....

.....

.....

.....

.....

4. Dotychczasowy przebieg choroby i zastosowane leczenie:

.....

.....

.....

.....

.....

5. Prawdopodobny dalszy przebieg choroby:

.....

.....

.....

.....

6. Proponowany zakres leczenia:

.....

.....

.....

.....

.....

7.

.....

miejsceowość

dnia

podpis, pieczęć lekarza

**CZĘŚĆ IIIa**

(proszę wypełnić w przypadku zakreślenia w CZĘŚCI I pola 1.1.)

1. Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej lub lekarza wypełniającego wniosek		
2. Imię (imiona)	3. Nazwisko	
4. Proponowana(-ne) placówka(-ki) opieki medycznej wraz z uzasadnieniem wyboru (nazwa i adres, nr tel., e-mail, państwo): ..... ..... .....		
5. Czas oczekiwania wnioskodawcy na uzyskanie leczenia lub badań diagnostycznych:  a) przewidziany zgodnie z listą oczekujących <sup>3)</sup> .....(dni/miesiące/lat <sup>4)</sup> b) dopuszczalny czas oczekiwania <sup>5)</sup> .....(dni/miesiące/lat)		
6. Cel wyjazdu i przewidywany sposób leczenia za granicą (konsultacja, badanie diagnostyczne, leczenie ambulatoryjne, kliniczne - szczegółowy zakres leczenia): ..... .....		
7. Przewidywany okres pobytu wnioskodawcy za granicą: .....		
8. W przypadku uznania za konieczne zastosowania ściśle określonego środka transportu w celu przewiezienia wnioskodawcy do miejsca udzielenia świadczenia wskazanie tego środka oraz uzasadnienie jego wyboru (wypełnić w przypadku zakreślenia w części I pola 1.2.): ..... .....		
9. Data ostatniego osobistego badania przez lekarza wypełniającego część II i IIIa wniosku: .....		
10. Imię i nazwisko, tytuł lub stopień naukowy lekarza wypełniającego część II i IIIa wniosku, adres do korespondencji, tel./fax, e-mail:.		
miejsce	data	podpis, pieczętka lekarza

<sup>3)</sup> Czas oczekiwania powinien odpowiadać terminowi udzielenia świadczenia określonego przez świadczeniodawcę dla wnioskodawcy w pisemnej informacji przekazanej na podstawie art. 20 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.)

<sup>4)</sup> Czas oczekiwania powinien odpowiadać terminowi udzielenia świadczenia określonego przez świadczeniodawcę dla wnioskodawcy w pisemnej informacji przekazanej na podstawie art. 20 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.)

<sup>5)</sup> Dopuszczalny czas oczekiwania ustalony zgodnie z przepisami rozporządzenia, o którym mowa w art. 25 ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.





**CZĘŚĆ IVa**

(proszę wypełnić w przypadku zakreślenia w CZĘŚCI I pola 1.1.)

1. Imię (imiona)	2. Nazwisko
<b>3. Ocena możliwości przeprowadzenia leczenia lub badań diagnostycznych w kraju w terminie niezbędnym dla ich uzyskania, przy uwzględnieniu stanu zdrowia wnioskodawcy i prawdopodobnego dalszego rozwoju choroby:</b> ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....	
<b>4. Ocena zasadności leczenia poza granicami kraju, biorąc pod uwagę aktualny stan zdrowia wnioskodawcy i prawdopodobny dalszy rozwój choroby:</b> ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....	
<b>5. Wskazanie zagranicznej placówki opieki medycznej (nazwa, dane teleadresowe) wraz z uzasadnieniem jej wyboru:</b> ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....	
<b>6. Ocena konieczności zastosowania ściśle określonego środka transportu (wypełnić w przypadku zakreślenia w części I pola 1.2.):</b> ..... ..... ..... ..... .....	
<b>7. Imię i nazwisko konsultanta wojewódzkiego, adres do korespondencji, tel./fax, e-mail:</b>  .....  .....  .....  .....  .....  .....  .....	

**CZĘŚĆ IVb**

(proszę wypełnić w przypadku zakreślenia w CZĘŚCI I pola 2.1.)

1. Imię (imiona)	2. Nazwisko	
<b>3. Ocena możliwości przeprowadzenia leczenia lub badań diagnostycznych w kraju:</b> ..... ..... ..... .....		
<b>4. Ocena zasadności leczenia poza granicami kraju, mając na uwadze niezbędność udzielenia takiego świadczenia w celu ratowania życia lub poprawy stanu zdrowia wnioskodawcy, uwzględniając udowodnioną skuteczność proponowanego leczenia lub wiarygodność badań diagnostycznych poza granicami kraju oraz biorąc pod uwagę aktualny stan zdrowia wnioskodawcy i prawdopodobny dalszy rozwój choroby:</b> ..... ..... ..... ..... .....		
<b>5. Wskazanie zagranicznej placówki opieki medycznej (nazwa, dane teleadresowe) wraz z uzasadnieniem jej wyboru:</b> ..... ..... ..... .....		
<b>6. Ocena konieczności zastosowania ściśle określonego środka transportu (wypełnić w przypadku zakreślenia w części I pola 2.2.):</b> ..... ..... ..... .....		
<b>7. Imię i nazwisko konsultanta wojewódzkiego, adres do korespondencji, tel./fax, e-mail:</b>      ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....		
..... miejsowość	..... dnia	..... podpis, pieczęć konsultanta wojewódzkiego



**CZĘŚĆ IVc**

(proszę wypełnić w przypadku zakreślenia w CZĘŚCI I pola 3.1.)

1. Imię (imiona)	2. Nazwisko	
<p>3. Ocena ewentualnego ujemnego wpływu przeniesienia się wnioskodawcy na stan jego zdrowia lub przebieg prowadzonego leczenia:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		
<p>4. Ocena konieczności zastosowania ściśle określonego środka transportu (wypełnić w przypadku zakreślenia w części I pola 3.2.):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		
<p>5. Imię i nazwisko konsultanta wojewódzkiego, adres do korespondencji, tel./fax, e-mail:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		
miejsowość	dnia	podpis, pieczęć konsultanta wojewódzkiego

**CZEŚĆ V**

**1. Przewidywane koszty leczenia lub badań diagnostycznych:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**2. Rodzaj oraz przewidywane koszty transportu do miejsca udzielenia świadczeń:**

---

---

---

---

---

---

---

---

miejsceowość

dnia

podpis, pieczęć dyrektora właściwego wojewódzkiego oddziału Funduszu