

**ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE\***

Numer ewidencyjny zlecenia: .....

**PIECZĄTKA PODMIOTU LECZNICZEGO**

Pieczęć 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: **IWONA KOWALSKA**

Adres zamieszkania

Kod pocztowy: **60 - 002** Miejscowość: **POZNAŃ**Ulica **MŁODZIEŻOWA** nr domu **4** m. ....

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

1	7	1	2	1	9	2	9	1	1	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

**II. OKREŚLENIE WYROBU MEDYCZNEGO\*\***

Liczba porządkowa wyrobu medycznego

P	/	1	2	9
---	---	---	---	---

liczba sztuk .....**1**.....

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

**WÓZEK INWALIDZKI LEKKI**

Zaopatrzenie:

prawostronne lewostronne nie dotyczy 

Soczewki okularowe korekcyjne

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

**III. DODATKOWE WSKAZANIA ZLECAJĄCEGO ZAOPATRZENIE:** .....**PACJENT MOŻE SAMODZIELNIE PORUSZAĆ SIĘ NA WÓZKU**

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

**01.04.2016**

Data wystawienia zlecenia

**PIECZĄTKA I PODPIS LEKARZA**

Pieczęć 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.).

<b>WYPEŁNIA PRACOWNIK ODDZIAŁU WOJEWÓDZKIEGO NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA</b>	<b>IV. POTWIERDZENIE UPRAWNIENIA DO ZAOPATRZENIA WNIOSKOWANYM WYROBEM MEDYCZNYM</b> Kod tytułu uprawnienia ..... <u>WYPEŁNIA NFZ</u> ..... Kod tytułu uprawnienia dodatkowego ..... <u>WYPEŁNIA NFZ</u> ..... nr dokumentu <u>WYPEŁNIA NFZ</u> ..... Nazwa i numer oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia: ..... <u>WYPEŁNIA NFZ</u> ..... Limit finansowania ze środków publicznych ..... <u>1700</u> ..... Refundacja Narodowego Funduszu Zdrowia ..... <u>100</u> .....% Przyczyna odmowy potwierdzenia prawa do refundacji ..... ..... Data potwierdzenia zlecenia ..... <u>WYPEŁNIA NFZ</u> ..... ..... <div style="text-align: right;"> <u>WYPEŁNIA NFZ</u>            Podpis i pieczęć pracownika oddziału wojewódzkiego            Narodowego Funduszu Zdrowia         </div>
	<b>V. POTWIERDZENIE ODBIORU WYROBU MEDYCZNEGO U ŚWIADCZENIODAWCY</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <u>WYPEŁNIA JASMEDICAL.PL</u>            Data przyjęcia do realizacji         </div> <div style="width: 45%;"> <u>WYPEŁNIA JASMEDICAL.PL</u>            Pieczęćka podmiotu realizującego czynności z zakresu            zaopatrzenia w wyroby medyczne, w tym adres miejsca            udzielania świadczeń wraz z numerem umowy z NFZ         </div> </div> Liczba sztuk ..... <u>1</u> ..... Dane dotyczące wyrobu medycznego (wytwórca, model, nazwa handlowa) ..... <u>WYPEŁNIA JASMEDICAL.PL</u> ..... Cena detaliczna wyrobu medycznego ..... <u>1700</u> ..... Kwota refundacji ..... <u>1700</u> ..... Dopłata świadczeniobiorcy ..... <u>0.00</u> ..... Potwierdzam wydanie wyrobu medycznego zgodnie ze zleceniem ..... <div style="text-align: right;"> <u>WYPEŁNIA JASMEDICAL.PL</u>            Data, pieczęćka i podpis osoby realizującej zlecenie         </div> Potwierdzam odbiór wyrobu medycznego zgodnie ze zleceniem ..... <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 55%;"> <u>IWONA KOWALSKA 17121329111</u>            Data odbioru, imię i nazwisko, numer PESEL, a w przypadku jego braku            nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby odbierającej            (wypełnić drukowanymi literami)         </div> <div style="width: 40%; text-align: center;"> <b>- WYPEŁNIA OSOBA ODBIERAJĄCA LUB PACJENT</b> </div> </div> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> <u>IWONA KOWALSKA</u>            podpis osoby odbierającej***  <b>WYPEŁNIA OSOBA ODBIERAJĄCA LUB PACJENT</b> </div>
	*** W przypadku osoby niewidomej formą potwierdzenia odbioru może być również faksymile podpisu złożona w obecności osoby wydającej wyrób medyczny.