

## ZLECENIE NAPRAWY WYROBU MEDYCZNEGO

### IDENTYFIKACJA ZLECENIA

Identyfikator zlecenia

Kod kreskowy

### CZĘŚĆ I. ZLECENIE NAPRAWY (WYPEŁNIA I DRUKUJE ODDZIAŁ WOJEWÓDZKI NFZ)

#### I.A. DANE PACJENTA

I.A.1 Imię (imiona)

I.A.2 Nazwisko

I.A.3 Numer PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

I.A.4 Data urodzenia<sup>1)</sup>

I.A.5 Płeć<sup>1)</sup>

I.A.6 Symbol państwa, jeżeli dotyczy<sup>2)</sup>

I.A.7 Rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, jeżeli dotyczy<sup>3)</sup>

I.A.8 Dokument stwierdzający tożsamość<sup>1)</sup>

paszport  inny<sup>4)</sup> .....

I.A.9 Seria i numer<sup>1)</sup>

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

I.A.10 Kraj wydania dokumentu stwierdzającego tożsamość, o którym mowa w pkt I.A.8

#### I.AA. UPRAWNIENIE DODATKOWE, Z KTÓREGO BĘDZIE KORZYSTAŁ PACJENT

I.AA.1 Kod tytułu uprawnienia dodatkowego<sup>5)</sup>

I.AA.2 Dane identyfikujące dokument potwierdzający uprawnienia dodatkowe<sup>6)</sup>

#### I.B. INFORMACJE

W przypadku dokonania naprawy i wykorzystania części lub całości limitu naprawy, okres użytkowania wyrobu medycznego ulega wydłużeniu proporcjonalnie do wykorzystanej części limitu naprawy, z zaokrągleniem w dół do pełnego miesiąca.

I.B.1 Pacjent został poinformowany o wydłużeniu okresu użytkowania naprawianego wyrobu medycznego

TAK

#### I.C. OKREŚLENIE WYROBU MEDYCZNEGO BĘDĄCEGO PRZEDMIOTEM NAPRAWY WRAZ Z UZASADNIENIEM

I.C.1 Wyrób medyczny

I.C.1.1 Grupa i liczba porządkowa

I.C.1.2 Identyfikator zlecenia, na podstawie którego wydano wyrób medyczny będący przedmiotem naprawy

I.C.1.3 Umiejscowienie

lewostronne  prawostronne  nie dotyczy

I.C.1.4 Nazwa naprawianego wyrobu medycznego, producent, model, nazwa handlowa, kod UDI<sup>7)</sup> wraz z uzasadnieniem obejmującym jednostkowe dane medyczne pacjenta

Identyfikator zlecenia	Kod kreskowy
------------------------	--------------

**CZĘŚĆ II. WERYFIKACJA ZLECENIA NAPRAWY** (WYPEŁNIA I DRUKUJE ODDZIAŁ WOJEWÓDZKI NFZ)**II.A. WYNIK WERYFIKACJI**

II.A.1 Wynik weryfikacji <sup>8)</sup> <input type="checkbox"/> pozytywna <input type="checkbox"/> negatywna	II.A.2 Kod oddziału wojewódzkiego NFZ <sup>9)</sup>
II.AA.1 Realizacja zlecenia od dnia	II.AA.2 Końcowa data realizacji zlecenia

**II.B. POTWIERDZENIE LIMITU FINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH NAPRAWY WYROBU MEDYCZNEGO**

II.B.1 Limit ceny naprawy	II.B.2 Kod naprawy wyrobu medycznego
II.B.3 Okres użytkowania wyrobu medycznego ulega wydłużeniu do	

**II.C. POTWIERDZONE PRAWO DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

I.C.1 Sposób potwierdzenia prawa do świadczeń <sup>10)</sup> <input type="checkbox"/> eWUŚ <input type="checkbox"/> dokument	I.C.2 Dane identyfikujące dokument potwierdzający prawo do świadczeń, jeżeli w pkt I.C.1 zaznaczono „dokument” <sup>11)</sup>
---	---

**II.D. PRZYCZYNA NEGATYWNEJ WERYFIKACJI** (JEŻELI DOTYCZY)

--

**II.E. DODATKOWE INFORMACJE DLA PACJENTA**

--

**II.F. POTWIERDZENIE WERYFIKACJI ZLECENIA**

II.F.1 Data weryfikacji
-------------------------

Identyfikator zlecenia	Kod kreskowy
------------------------	--------------

**CZĘŚĆ III. REALIZACJA ZLECENIA NAPRAWY** (WYPEŁNIA I DRUKUJE ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY NAPRAWĘ WEDŁUG STANU NA DZIEŃ PRZYJĘCIA DO REALIZACJI)

**III.A. REALIZACJA ZLECENIA NAPRAWY**

III.A.1 Data przyjęcia zlecenia naprawy do realizacji
---

**III.B. DANE ŚWIADCZENIODAWCY REALIZUJĄCEGO ZLECENIE NAPRAWY**

III.B.1 Nazwa świadczeniodawcy	III.B.2 REGON świadczeniodawcy <sup>12)</sup>																				
	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				
III.B.3 Adres miejsca udzielania świadczeń: kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer domu lub lokalu <sup>13)</sup>	III.B.4 Numer umowy z NFZ																				

**III.C. POTWIERDZENIE POSIADANIA PRAWA DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ, UPRAWNIENIA DODATKOWEGO I LIMITU FINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH**

III.C.1 Sposób potwierdzenia prawa do świadczeń <sup>14)</sup>	III.C.2 Dane identyfikujące dokument potwierdzający prawo do świadczeń, jeżeli w pkt III.C.1 zaznaczono „dokument” <sup>11)</sup>
<input type="checkbox"/> eWUŚ <input type="checkbox"/> oświadczenie <input type="checkbox"/> dokument	
III.C.3 Czy pacjent dysponuje nowymi uprawnieniami dodatkowymi?	III.C.4 Kod tytułu uprawnienia dodatkowego, jeżeli w pkt III.C.3 zaznaczono „TAK” <sup>5)</sup>
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
III.C.5 Dane identyfikujące dokument potwierdzający uprawnienie dodatkowe, jeżeli w pkt III.C.3 zaznaczono „TAK” <sup>6)</sup>	III.C.6 Limit finansowania

**CZĘŚĆ IV. POTWIERDZENIE WYDANIA NAPRAWIONEGO WYROBU MEDYCZNEGO** (WYPEŁNIA I DRUKUJE ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE NAPRAWY)

**IV.A. DANE DOTYCZĄCE NAPRAWIONEGO WYROBU MEDYCZNEGO**

IV.A.1 Opis naprawionego wyrobu medycznego wraz z opisem naprawy			
IV.A.2 łączna kwota naprawy	IV.A.3 Kwota finansowania ze środków publicznych	IV.A.4 Dopłata pacjenta do naprawy	IV.A.5 Okres gwarancji naprawy

**IV.B. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYDANIA NAPRAWIONEGO WYROBU MEDYCZNEGO**

IV.B.1 Data wydania	IV.B.2 Imię (imiona) i nazwisko osoby wydającej naprawiony wyrób medyczny
---------------------	---

**IV.C. DANE DOTYCZĄCE ODBIORU NAPRAWIONEGO WYROBU MEDYCZNEGO** (WYPEŁNIA OSOBA ODBIERAJĄCA LUB ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE)

IV.C.1 Osoba odbierająca																						
<input type="checkbox"/> pacjent <input type="checkbox"/> inna osoba odbierająca																						
IV.C.2 Imię (imiona) <sup>15)</sup>	IV.C.3 Nazwisko <sup>15)</sup>	IV.C.4 Numer PESEL <sup>15)</sup>																				
		<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				
IV.C.5 Rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość <sup>15)</sup> (należy wypełnić w przypadku, gdy osoba odbierająca nie ma numeru PESEL)		IV.C.6 Seria i numer <sup>15)</sup> (należy wypełnić w przypadku, gdy osoba odbierająca nie ma numeru PESEL)																				
<input type="checkbox"/> paszport <sup>16)</sup> <input type="checkbox"/> inny <sup>16)</sup>		<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				
IV.C.7 Data odbioru																						

## Objaśnienia:

\* Wzór może być edytowany w ten sposób, że właściwe jego komórki mogą być powiększane, jeżeli jest to niezbędne do zamieszczenia w danej komórce wymaganej informacji, której objętość wykracza poza rozmiar tej komórki określony we wzorze.

- 1) Należy wypełnić w przypadku, gdy pacjent nie ma numeru PESEL.
- 2) Symbol państwa odpowiedniego dla instytucji właściwej dla osoby uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji.
- 3) W przypadku potwierdzenia prawa do świadczeń w sposób inny niż dokumentem elektronicznym, o którym mowa w art. 50 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022r. poz. 2561, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”, tj. z użyciem systemu eWUŚ – należy wskazać rodzaj i numer (o ile dotyczy) dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń, np. oświadczenie pacjenta, decyzja wójta, burmistrza, prezydenta, a w przypadku osób uprawnionych do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji – rodzaj i numer dokumentu uprawniającego i oznaczenie instytucji właściwej, która wydała ten dokument.
- 4) W przypadku zaznaczenia „inny” należy wpisać rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość.
- 5) Kod tytułu uprawnienia dodatkowego, określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy o świadczeniach.
- 6) Należy wpisać rodzaj i numer dokumentu oraz – jeżeli takie dane występują na dokumencie – jego datę wystawienia, datę ważności oraz numer prawa wykonywania zawodu osoby uprawnionej, która wystawiła dokument.
- 7) W przypadku braku kodu UDI należy wskazać numer seryjny albo inny numer lub równoważny symbol jednoznacznie identyfikujący wyrób medyczny.
- 8) Wynik weryfikacji obejmuje potwierdzenie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej oraz prawo do naprawy wyrobu medycznego.
- 9) Kod właściwego dla pacjenta oddziału wojewódzkiego NFZ, który finansuje naprawę wyrobu medycznego.
- 10) Wynik weryfikacji prawa do świadczeń opieki zdrowotnej eWUŚ – w przypadku potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej dokumentem elektronicznym, o którym mowa w art. 50 ust. 3 ustawy o świadczeniach; dokument – w przypadku przedstawienia dokumentu papierowego potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej.
- 11) Należy wskazać rodzaj i numer (o ile dotyczy) dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej np. oświadczenie pacjenta, decyzja wójta, burmistrza, prezydenta, a w przypadku osób uprawnionych do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji – rodzaj i numer dokumentu uprawniającego i oznaczenie instytucji właściwej, która wydała ten dokument.
- 12) Numer identyfikacyjny REGON. Należy wskazać REGON – 9 cyfr dla praktyk zawodowych albo 14 cyfr dla jednostek organizacyjnych.
- 13) W przypadku zleceń papierowych dopuszczalne jest wykorzystanie pieczętki albo naklejki zawierających dane z pól III.B.1–3.
- 14) Należy zaznaczyć odpowiednio: eWUŚ – w przypadku potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej dokumentem elektronicznym, o którym mowa w art. 50 ust. 3 ustawy o świadczeniach; oświadczenie – w przypadku złożenia przez pacjenta oświadczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 2a, 6 albo ust. 9 ustawy o świadczeniach, albo dokument – w przypadku przedstawienia dokumentu papierowego potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej.
- 15) Wypełnia się w przypadku, gdy osobą odbierającą jest inna osoba niż pacjent. W przypadku pacjenta wypełnia się, jeżeli dane pacjenta zamieszczone w części I.A uległy zmianie.
- 16) W przypadku zaznaczenia pola „paszport” należy wpisać państwo wydania, a w przypadku zaznaczenia „inny” należy wpisać rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość oraz państwo jego wydania.