

## WZÓR\*

<b>ZLECENIE NAPRAWY WYROBU MEDYCZNEGO</b>				
<b>IDENTYFIKACJA ZLECENIA</b>				
Unikalny numer identyfikacyjny (nadany przez NFZ)			Kod kreskowy (nadany przez NFZ)	
<b>CZĘŚĆ I. ZLECENIE I WERYFIKACJA UPRAWNIENIA (WYPEŁNIA I DRUKUJE ODDZIAŁ WOJEWÓDZKI NFZ)</b>				
<b>I.A. DANE PACJENTA</b>				
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 uprawniającego do uzyskania przez pacjenta świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, jeżeli dotyczy
I.A.8 Rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość <sup>1)</sup>			I.A.9 Seria i numer <sup>1)</sup>	
<input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> inny <sup>3)</sup> .....				
<b>I.AA. UPRAWNIENIE DODATKOWE, Z KTÓREGO BĘDZIE KORZYSTAŁ PACJENT</b>				
I.AA.1 Czy pacjent posiada uprawnienia dodatkowe?				
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE				
<b>I.B. OKREŚLENIE WYROBU MEDYCZNEGO BĘDĄCEGO PRZEDMIOTEM NAPRAWY WRAZ Z UZASADNIENIEM</b>				
<b>I.B.1 Wyrób medyczny</b>				
I.B.1.1 Grupa i liczba porządkowa		I.B.1.2 Numer ewidencyjny zlecenia, na którego podstawie wydano wyrób medyczny będący przedmiotem naprawy		
I.B.1.3 Umiejscowienie				
<input type="checkbox"/> lewostronne <input type="checkbox"/> prawostronne <input type="checkbox"/> nie dotyczy				
I.B.1.4 Nazwa naprawianego wyrobu medycznego, wytwórca, model, nazwa handlowa, numer seryjny <sup>4)</sup> wraz z uzasadnieniem obejmującym jednostkowe dane medyczne pacjenta				
<b>I.C. WERYFIKACJA WRAZ Z POTWIERDZENIEM UPRAWNIENIA</b>				
I.C.1 Data weryfikacji	I.C.2 Potwierdzone uprawnienie do naprawy	I.C.3 Limit ceny naprawy	I.C.4 Kod oddziału wojewódzkiego NFZ <sup>5)</sup>	I.C.5 Kod naprawy wyrobu medycznego
	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie			
<b>I.CA. INFORMACJE</b>				
Zostałem poinformowany, że 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.CA.1 Okres użytkowania wyrobu medycznego ulega wydłużeniu do				
I.CA.2 Czytelny podpis pacjenta			I.CA.3 Data	
<b>I.CB. WYNIK WERYFIKACJI</b>				
I.CB.1 Przyczyna odmowy naprawy		I.CB.2 Weryfikacja za pośrednictwem serwisów internetowych lub usług informatycznych NFZ / Imię (imiona), nazwisko i podpis pracownika oddziału wojewódzkiego NFZ		
I.CB.3 Inne informacje dla pacjenta				

Unikalny numer identyfikacyjny (nadany przez NFZ)		Kod kreskowy (nadany przez NFZ)	
<b>CZĘŚĆ II. REALIZACJA ZLECENIA NAPRAWY</b> (WYPEŁNIA I DRUKUJE ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY NAPRAWĘ WEDŁUG STANU NA DZIEŃ PRZYJĘCIA ZLECENIA DO REALIZACJI)			
<b>II.A. REALIZACJA ZLECENIA NAPRAWY</b>			
II.A.1 Data przyjęcia zlecenia do realizacji			
<b>II.B. DANE ŚWIADCZENIODAWCY REALIZUJĄCEGO ZLECENIE NAPRAWY</b>			
II.B.1 Nazwa świadczeniodawcy		II.B.2 REGON <sup>6)</sup>	
II.B.3 Adres miejsca udzielania świadczeń		II.B.4 Numer umowy z NFZ	
<b>II.C. POTWIERDZENIE POSIADANIA PRAWA DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ I LIMITU FINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH</b>			
II.C.1 Czy pacjent posiada prawo do świadczeń opieki zdrowotnej?	II.C.2 Czy pacjent dysponuje nowymi uprawnieniami dodatkowymi?	II.C.3 Rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego uprawnienia dodatkowe z pkt II.C.2	II.C.4 Limit finansowania
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK – OŚWIADCZENIE <sup>7)</sup>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
<b>CZĘŚĆ III. POTWIERDZENIE WYDANIA NAPRAWIONEGO WYROBU MEDYCZNEGO</b> (DRUKUJE ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE)			
<b>III.A. DANE DOTYCZĄCE NAPRAWIONEGO WYROBU MEDYCZNEGO</b> (WYPEŁNIA ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE)			
III.A.1 Opis naprawionego wyrobu medycznego wraz z opisem naprawy			
III.A.2 łączna kwota naprawy	III.A.3 Kwota finansowania ze środków publicznych	III.A.4 Dopłata pacjenta do naprawy	III.A.5 Okres gwarancji
<b>III.B. POTWIERDZENIE WYDANIA NAPRAWIONEGO WYROBU MEDYCZNEGO</b> (WYPEŁNIA ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE)			
III.B.1 Data wydania		III.B.2 Imię (imiona), nazwisko i podpis osoby wydającej	
<b>III.C. DANE DOTYCZĄCE ODBIORU NAPRAWIONEGO WYROBU MEDYCZNEGO</b> (WYPEŁNIA OSOBA ODBIERAJĄCA LUB ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE)			
III.C.1 Osoba odbierająca			
<input type="checkbox"/> pacjent <input type="checkbox"/> inna osoba odbierająca			
III.C.2 Imię (imiona) <sup>8)</sup>		III.C.3 Nazwisko <sup>8)</sup>	
		III.C.4 Numer PESEL <sup>8)</sup>	
III.C.5 Rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość <sup>8)</sup> (należy wypełnić w przypadku, gdy osoba odbierająca nie ma numeru PESEL)		III.C.6 Seria i numer <sup>8)</sup> (należy wypełnić w przypadku, gdy osoba odbierająca nie ma numeru PESEL)	
<input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> inny <sup>3)</sup> .....			
III.C.7 Data odbioru			

**Objaśnienia:**

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

<sup>1)</sup> Należy wypełnić w przypadku, gdy pacjent nie ma numeru PESEL.

<sup>2)</sup> Symbol państwa odpowiedniego dla instytucji właściwej dla osoby uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji.

<sup>3)</sup> W przypadku zaznaczenia pola „inny” należy wpisać rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość oraz państwo wydania dokumentu.

<sup>4)</sup> Numer seryjny należy wpisać, jeżeli został on nadany naprawianej sztuce wyrobu medycznego.

<sup>5)</sup> Kod właściwego dla pacjenta oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, który finansuje naprawę wyrobu medycznego.

<sup>6)</sup> Numer identyfikacyjny REGON. Należy wskazać REGON – 9 cyfr dla praktyk zawodowych albo 14 cyfr dla jednostek organizacyjnych.

<sup>7)</sup> Należy zaznaczyć w przypadku złożenia przez pacjenta albo jego przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika albo opiekuna faktycznego oświadczenia o potwierdzeniu posiadania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej.

<sup>8)</sup> Wypełnia się w przypadku, gdy osobą odbierającą jest inna osoba niż pacjent. W przypadku pacjenta wypełnia się, jeżeli dane pacjenta zamieszczone w sekcji I.A uległy zmianie.