

4. Dotychczas wykonano / nie wykonano* następujące badania obrazowe, endoskopowe, inne – należy podać datę i wynik

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

5. Istotne odchylenia w badaniach laboratoryjnych

.....
.....
.....

6. Zabiegi operacyjne (kiedy, rozpoznanie histopatologiczne)

.....
.....
.....

7. Leczenie energią promienistą (kiedy, dawka)

.....
.....

8. Badanie pierwsze / kolejne*

Jeśli badanie kolejne, proszę podać:

A. datę i numer poprzedniego badania

.....
.....

B. wynik

.....
.....
.....

9. Inne dane (uznane przez kierującego za istotne)

.....
.....
.....

UWAGI:

- Pracownia Diagnostyczna powinna poinformować pacjenta o przeciwwskazaniach oraz o sposobie przygotowania do badania.
- Upoważniony do wystawienia skierowania do badania na koszt Kasy Chorych jest wyłącznie lekarz specjalista leczenia ambulatoryjnego posiadający umowę z WRKCh (symbol – LS).
- „* ” niepotrzebne skreślić.
- Należy wypełnić wszystkie rubryki pismem maszynowym lub drukowanym.

4-1

NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA

Numer ewidencyjny zlecenia

ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE BĘDĄCE PRZEDMIOTAMI ORTOPEDYCZNYMI I ŚRODKI POMOCNICZE (Z WYŁĄCZENIEM ŚRODKÓW POMOCNICZYCH PRZYSŁUGUJĄCYCH COMIESIĘCZNIE)

pieczęć świadczeniodawcy ubezpieczenia zdrowotnego, adres, telefon; kod, nazwa komórki organizacyjnej; numer identyfikacyjny świadczeniodawcy

I. Dane świadczeniobiorcy PESEL

W przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL - rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, a przypadku noworodka – data urodzenia.

Nazwa i numer dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej/dodatkowe uprawnienia

Nazwisko _____

Imię (Imiona) _____

Adres zamieszkania

Kod pocztowy: _____ **Miejscowość :** _____

Ulica _____ **nr domu** _____ **m.** _____

KOD PRZEDMIOTU ORTOPEDYCZNEO (PO) / ŚRODKA POMOCNICZEGO (SP)

Określony w tabeli 1, 3 i 4 załącznika nr 1 do obowiązującego zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środkami pomocniczymi dla przedmiotu ortopedycznego (PO)/środka pomocniczego (SP) z wykazu zawartego rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze (Dz. U. Nr 139, poz. 1141) zwanym dalej „rozporządzeniem MZ”

Liczba sztuk (PO) / (SP) _____ **Nazwa (PO) / (SP)** _____

Dodatkowe informacje, istotne przy doborze (PO) / (SP)

Soczewki okularowe korekcyjne

		Sfera	Cylinder	Oś	Pryzma	
Do dali	OP					Odl. źrenicmm
	OL					
Do bliży	OP					Odl. źrenicmm
	OL					

Rodzaj schorzenia– według klasyfikacji ICD-10

Dysfunkcja trwała **Dysfunkcja czasowa**

Zaopatrzenie w (PO) / (SP):
prawostronne **lewostronne** **nie dotyczy**

Data wystawienia zlecenia

Pieczętka i podpis osoby uprawnionej do wystawienia zlecenia

4-2

4-2

II. POTWIERDZENIE PRAWA DO PEŁNEJ LUB CZĘŚCIOWEJ REFUNDACJI (PO) / (SP)

WYPEŁNIA PRACOWNIK NFZ

Kod tytułu uprawnienia _____

Kod tytułu uprawnienia dodatkowego _____

Nazwa Oddziału Funduszu _____ Nr Oddziału Funduszu: _____

KOD (PO)/(SP)

Limit cenowy _____ Refundacja NFZ w % _____

Przyczyna odmowy potwierdzenia prawa do refundacji _____

Data potwierdzenia zlecenia _____ Data ważności zlecenia _____

Podpis i pieczętka pracownika NFZ

III. POTWIERDZENIE WYDANIA (PO) / (SP)

WYPEŁNIA OSOBA REALIZUJĄCA ŚWIADCZENIE ORAZ OSOBA ODBIERAJĄCA

Pieczętka świadczeniodawcy _____ Numer umowy _____ Pieczętka podwykonawcy _____

Data przyjęcia do realizacji _____

Liczba sztuk (PO) / (SP) _____ Dane dotyczące (PO) / (SP) (producent, model, nazwa handlowa) _____

Całkowita kwota refundacji NFZ * _____

Całkowita kwota zapłacona przez świadczeniobiorcę* _____

*Jeżeli cena nabycia (PO) / (SP) jest niższa niż limit ceny, określony w rozporządzeniu MZ, NFZ należy obciążyć kwotą stanowiącą 100 % ceny nabycia w przypadku refundacji pełnej lub kwotą stanowiącą 50 %, 70 % ceny nabycia w przypadku refundacji częściowej. Świadczeniobiorca przypadku refundacji pełnej otrzymuje (PO) / (SP) bezpłatnie, a w przypadku refundacji częściowej pokrywa 50%, 30 % ceny nabycia (PO) / (SP).

-Jeżeli cena nabycia (PO) / (SP) jest równa limitowi ceny, określonego w rozporządzeniu MZ, NFZ należy obciążyć kwotą stanowiącą 100 % limitu ceny w przypadku refundacji pełnej lub kwotą stanowiącą 50 %, 70 % limitu ceny w przypadku refundacji częściowej. Świadczeniobiorca przypadku refundacji pełnej otrzymuje (PO) / (SP) bezpłatnie, a w przypadku refundacji częściowej pokrywa 50%, 30 % limitu ceny.

-Jeżeli cena nabycia (PO) / (SP) jest wyższa niż limit ceny określony w rozporządzeniu MZ, NFZ należy obciążyć kwotą stanowiącą 100 % limitu ceny w przypadku refundacji pełnej lub kwotą stanowiącą 50%, 70 % limitu ceny w przypadku refundacji częściowej ceny. Świadczeniobiorca, w przypadku refundacji pełnej, pokrywa kwotę ponad limit ceny a w przypadku refundacji częściowej 50 %, 30 % limitu ceny oraz kwotę ponad limit.

POTWIERDZAM WYDANIE ZGODNIE ZE ZLECENIEM PRAWIDŁOWO WYKONANEGO (PO) / (SP)

Data, pieczętka i podpis osoby realizującej świadczenie _____

IV. POTWIERDZENIE ODBIORU (PO)/(SP) – WYPEŁNIA OSOBA ODBIERAJĄCA

POTWIERDZAM ODBIÓR PRAWIDŁOWO WYKONANEGO (PO) / (SP) _____

(nazwa handlowa, producent, model)

Imię i nazwisko osoby odbierającej (wypełnić drukowanymi literami)

Data odbioru, czytelny podpis osoby odbierającej imieniem i nazwiskiem, PESEL osoby odbierającej**

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów dowodowych, związanych z odbiorem przedmiotu ortopedycznego/środka pomocniczego, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926, z późn. zm.).