

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia
29 grudnia 2021 r. (Dz. U. z 2023 r. poz. 2334)

Załącznik nr 1³³⁾

WZÓR*

| ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| IDENTYFIKACJA ZLECENIA | | <input type="checkbox"/> ZLECENIE | | <input type="checkbox"/> KONTYNUACJA ZLECENIA ¹⁾ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Identyfikator zlecenia | | Kod kreskowy | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CZĘŚĆ I. WYSTAWIENIE ZLECENIA (WYPEŁNIA I DRUKUJE OSOBA UPRAWNIIONA DO WYSTAWIENIA ZLECENIA) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| I.A. DANE PODMIOTU, W RAMACH KTÓREGO WYSTAWIONO ZLECENIE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| I.A.1 Nazwa | | I.A.2 Adres miejsca udzielania świadczeń: kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer domu lub lokalu ²⁾ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| I.A.3 REGON ³⁾ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <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> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| I.B. DANE PACJENTA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| I.B.1 Imię (imiona) | | | I.B.2 Nazwisko | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| I.B.3 Numer PESEL | | I.B.4 Data urodzenia ⁴⁾ | I.B.5 Płeć ⁴⁾ | I.B.6 Symbol państwa, jeżeli dotyczy ⁵⁾ | I.B.7 Rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, jeżeli dotyczy ⁶⁾ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <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> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| I.B.8 Dokument stwierdzający tożsamość ⁴⁾ | | | I.B.9 Seria i numer ⁴⁾ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> inny ⁷⁾ | | | <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> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| I.B.10 Kraj wydania dokumentu stwierdzającego tożsamość, o którym mowa w pkt I.B.8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| I.BA. UPRAWNIENIE DODATKOWE LUB INNE UPRAWNIENIE, Z KTÓREGO BĘDZIE KORZYSTAŁ PACJENT | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| I.BA.1 Kod tytułu uprawnienia dodatkowego ⁸⁾ | | I.BA.2 Dane identyfikujące dokument potwierdzający uprawnienie dodatkowe ⁹⁾ | | | I.BA.3 Ciąża ¹⁰⁾ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

33) W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 3 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 2.

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---------------------------|
| Identyfikator zlecenia | Kod kreskowy | | | | |
| I.C. OKREŚLENIE WYROBU MEDYCZNEGO¹¹⁾ | | | | | |
| I.C.1 Grupa i liczba porządkowa | I.C.2 Umiejscowienie (nie dotyczy stomii) <input type="checkbox"/> lewostronne <input type="checkbox"/> prawostronne <input type="checkbox"/> nie dotyczy | | | | |
| I.C.3 Liczba przetok (dotyczy stomii) | I.C.4 Rodzaj przetok (dotyczy stomii) <input type="checkbox"/> urostomia <input type="checkbox"/> kolostomia <input type="checkbox"/> ileostomia <input type="checkbox"/> nefrostomia <input type="checkbox"/> inna | | | | |
| I.C.5 Kod ICD-10 | I.C.6 Liczba sztuk (dotyczy zleceń innych niż comiesięczne) | I.C.7 Liczba sztuk na miesiąc (dotyczy comiesięcznych zleceń) ¹²⁾ | I.C.8 Pierwszy miesiąc zaopatrzenia comiesięcznego (format: MM-RRRR) | I.C.9 Liczba miesięcy zaopatrzenia comiesięcznego (1-12) | |
| I.C.10 Nazwa wyrobu medycznego | I.C.11 Kryteria przyznania wyrobu medycznego ¹³⁾ | I.C.12 Dodatkowe informacje dotyczące wyrobu ¹⁴⁾ | | | |
| I.C.13 Uzasadnienie medyczne przyznania większej liczby sztuk wyrobu medycznego – w przypadku uprawnienia dodatkowego 47ZN, 47DN, 47ZDN | | | | | |
| I.CA Soczewki okularowe | | | | | |
| | Sfera | Cylinder | Oś | Pryzma | Odległość źrenic mm |
| Do dali | OP | | | | |
| | OL | | | | |
| Do bliży | OP | | | | |
| | OL | | | | |
| I.D. DODATKOWE WSKAZANIA DO WYSTAWIENIA ZLECENIA (WYPEŁNIA OSOBA UPRAWNIIONA DO WYSTAWIENIA ZLECENIA) | | | | | |
| I.D.1 Skrócenie okresu użytkowania wyrobu medycznego <input type="checkbox"/> | I.D.2 Wskazanie kryterium skrócenia okresu użytkowania wyrobu medycznego, jeżeli dotyczy ¹⁵⁾ | | | | |
| | I.D.3 Uzasadnienie skrócenia okresu użytkowania wyrobu medycznego, jeżeli dotyczy | | | | |
| I.E. DANE OSOBY UPRAWNIONEJ DO WYSTAWIENIA ZLECENIA | | | | | |
| I.E.1 Numer prawa wykonywania zawodu ¹⁶⁾ | I.E.2 Imię (imiona) i nazwisko | | | | |
| I.E.3 Data wystawienia | I.E.4 Podpis osoby uprawnionej do wystawienia zlecenia, jeżeli dotyczy | | | | |

| | | | | | | |
|--|------------------------------|---|---|--|--|---|
| Identyfikator zlecenia | | Kod kreskowy | | | | |
| CZĘŚĆ II. WERYFIKACJA ZLECENIA (DOKONYWANA PRZEZ NFZ ZA POŚREDNICTWEM USŁUG INFORMATYCZNYCH NFZ ALBO BEZPOŚREDNIO W ODDZIALE WOJEWÓDZKIM NFZ – WÓWCZAS DRUKUJE OSOBA UPRAWNIONA DO WYSTAWIENIA ZLECENIA) | | | | | | |
| II.A. WYNIK WERYFIKACJI | | | | | | |
| II.A.1 Wynik weryfikacji ¹⁷⁾ <input type="checkbox"/> pozytywna <input type="checkbox"/> negatywna | | II.A.2 Kod oddziału wojewódzkiego NFZ ¹⁸⁾ | | | | |
| II.AA.1. Realizacja zlecenia od dnia | | II.AA.2 Końcowa data realizacji zlecenia | | | | |
| II.B. POTWIERDZENIE LIMITU FINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH WYROBU MEDYCZNEGO | | | | | | |
| II.B.1 Grupa i liczba porządkowa | II.B.2 Kod wyrobu medycznego | II.B.3 Umiejscowienie (L – lewostronne, P – prawostronne), jeżeli dotyczy | II.B.4 Potwierdzona liczba sztuk | II.B.5 Limit finansowania ¹⁹⁾ | II.B.6 Wysokość procentowego udziału NFZ w limicie finansowania ²⁰⁾ | II.B.7 Data ważności potwierdzenia limitu finansowania ²¹⁾ |
| | | | | | | |
| II.BA. POTWIERDZONE PRAWO DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ | | | | | | |
| II.BA.1 Sposób potwierdzenia prawa do świadczeń ²²⁾ <input type="checkbox"/> eWUŚ <input type="checkbox"/> oświadczenie <input type="checkbox"/> dokument | | | II.BA.2 Dane identyfikujące dokument potwierdzający prawo do świadczeń, jeżeli w pkt II.BA.1 zaznaczono „dokument” ²³⁾ | | | |
| II.C. PRZYCZYNA NEGATYWNEJ WERYFIKACJI (JEŻELI DOTYCZY) | | | | | | |
| | | | | | | |
| II.D. DODATKOWE INFORMACJE DLA PACJENTA | | | | | | |
| | | | | | | |
| II.E. POTWIERDZENIE WERYFIKACJI ZLECENIA | | | | | | |
| II.E.1 Data weryfikacji | | | | | | |

| | | | | |
|--|---|---|--|-------------------------------|
| Identyfikator zlecenia | | Kod kreskowy | | |
| CZĘŚĆ III. REALIZACJA ZLECENIA U ŚWIADCZENIODAWCY (WYPEŁNIA I DRUKUJE ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE WEDŁUG STANU NA DZIEŃ PRZYJĘCIA DO REALIZACJI ²⁴⁾) | | | | |
| III.A. PRZYJĘCIE DO REALIZACJI ZLECENIA | | | | |
| III.A.1 Data przyjęcia do realizacji | III.A.2 <input type="checkbox"/> częściowa realizacja zlecenia | III.A.3 Miesiąc albo miesiące i rok, których dotyczy realizacja zlecenia | | |
| III.B DANE ŚWIADCZENIODAWCY REALIZUJĄCEGO ZLECENIE | | | | |
| III.B.1 Nazwa świadczeniodawcy | | III.B.2 REGON ³⁾ | | |
| III.B.3 Adres miejsca udzielania świadczeń: kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer domu lub lokalu ²⁾ | | 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 ²⁵⁾ <input type="checkbox"/> eWUŚ <input type="checkbox"/> oświadczenie <input type="checkbox"/> dokument | | III.C.2 Dane identyfikujące dokument potwierdzający prawo do świadczeń, jeżeli w pkt III.C.1 zaznaczono „dokument” ²³⁾ | | |
| III.C.3 Czy pacjent dysponuje nowymi uprawnieniami dodatkowymi lub innymi uprawnieniami? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | | III.C.4 Kod tytułu uprawnienia dodatkowego, jeżeli w pkt III.C.3 zaznaczono „TAK” ⁸⁾ | | |
| III.C.5 Dane identyfikujące dokument potwierdzający uprawnienie dodatkowe, jeżeli w pkt III.C.3 zaznaczono „TAK” ⁹⁾ | | | | |
| III.C.6 Zmiana wieku pacjenta <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy | III.C.7 Zmiana limitu finansowania <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie | III.C.8 Limit finansowania ¹⁹⁾ | III.C.9 Wysokość procentowego udziału NFZ w limicie finansowania | |
| CZĘŚĆ IV. POTWIERDZENIE WYDANIA WYROBU MEDYCZNEGO (WYPEŁNIA I DRUKUJE ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE) | | | | |
| IV.A. DANE DOTYCZĄCE WYDANEGO WYROBU MEDYCZNEGO (WYPEŁNIA ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE) | | | | |
| IV.A.1 Kod wyrobu medycznego | IV.A.2 Umieszczenie (L – lewostronne, P – prawostronne), jeżeli dotyczy | IV.A.3 Producent, model, nazwa handlowa i kod UDI ²⁶⁾ | IV.A.4 Liczba wydanych sztuk | IV.A.5 Cena detaliczna sztuki |
| IV.A.6 łączna kwota | | IV.A.7 Kwota refundacji | IV.A.8 Kwota dopłaty pacjenta | |
| IV.B. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYDANIA WYROBU MEDYCZNEGO (WYPEŁNIA ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE) | | | | |
| IV.B.1 Data wydania | | IV.B.2 Imię (imiona) i nazwisko osoby wydającej wyrób medyczny | | |
| IV.C. DANE DOTYCZĄCE ODBIORU 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) ²⁷⁾ | | IV.C.3 Nazwisko ²⁷⁾ | IV.C.4 Numer PESEL ²⁷⁾ | |
| IV.C.5 Rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość ²⁷⁾ (należy wypełnić w przypadku, gdy osoba odbierająca nie ma numeru PESEL) <input type="checkbox"/> paszport ²⁸⁾ <input type="checkbox"/> inny ²⁸⁾ | | IV.C.6 Seria i numer ²⁷⁾ (należy wypełnić w przypadku, gdy osoba odbierająca nie ma numeru PESEL) | | |
| 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) Dotyczy wyrobów medycznych przysługujących comiesięcznie (wypełnia osoba uprawniona do wystawienia zlecenia).
 - 2) W przypadku zleceń papierowych dopuszczalne jest wykorzystanie pieczątki albo naklejki zawierających dane z pól I.A.1–3 lub III.B.1–3.
 - 3) Numer identyfikacyjny REGON. Należy wskazać REGON – 9 cyfr dla praktyk zawodowych albo 14 cyfr dla jednostek organizacyjnych.
 - 4) Należy wypełnić w przypadku, gdy pacjent nie ma numeru PESEL.
 - 5) Symbol państwa odpowiedniego dla instytucji właściwej dla osoby uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji.
 - 6) 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 2022 r. 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.
 - 7) W przypadku zaznaczenia pola „inny” należy wpisać rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość.
 - 8) Kod tytułu uprawnienia dodatkowego, określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy o świadczeniach.
 - 9) Należy wpisać rodzaj dokumentu oraz – jeżeli takie dane występują na dokumencie – jego numer, datę wystawienia, datę ważności oraz numer prawa wykonywania zawodu osoby uprawnionej, która wystawiła dokument.
 - 10) Należy zaznaczyć, jeżeli kobieta jest w ciąży, a ciąża stanowi kryterium przyznania wyrobu medycznego.
 - 11) W przypadku soczewek okularowych należy uzupełnić tylko te pola, które dotyczą tej kategorii wyrobów medycznych.
 - 12) W przypadku wyrobów medycznych przysługujących comiesięcznie, dla których nie została określona liczba sztuk w przepisach wydanych 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. z 2023 r. poz. 826), zwanej dalej „ustawą o refundacji”, należy wpisać liczbę 1 albo jej wielokrotność (w przypadku uprawnień dodatkowych), z dokładnością do 1 miejsca po przecinku.
 - 13) Kryteria przyznawania wyrobu medycznego wydawanego na zlecenie zostały określone w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy o refundacji. W przypadku zaopatrzenia obustronnego należy określić kryterium dla każdej strony osobno.
 - 14) Należy wpisać dodatkowe informacje dotyczące wyrobu np. stopień ucisku, preferowane wyposażenie dodatkowe.
 - 15) Zgodnie z kryteriami przyznawania wyrobów medycznych, których okres użytkowania może ulec skróceniu, określonymi w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy o refundacji.
 - 16) W przypadku zleceń papierowych dopuszczalne jest wykorzystanie pieczątki albo naklejki zawierających dane z pól I.E.1 i I.E.2.
 - 17) Wynik weryfikacji obejmuje potwierdzenie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej oraz prawa do wyrobu medycznego.
 - 18) Kod właściwego dla pacjenta oddziału wojewódzkiego NFZ, który finansuje zaopatrzenie w wyroby medyczne.
 - 19) W przypadku zleceń comiesięcznych – dotyczy limitu na jeden miesiąc.
 - 20) Wysokość udziału własnego pacjenta w limicie finansowania ze środków publicznych została określona w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy o refundacji.
 - 21) Ważność potwierdzonego limitu finansowania ze środków publicznych wyrobu medycznego nie dotyczy kobiet w ciąży.
 - 22) 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; 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.
 - 23) 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.
 - 24) W przypadku realizowania zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne w częściach świadczeniodawca realizujący zlecenie każdorazowo przy wydaniu wyrobu medycznego drukuje części III i IV wzoru.
 - 25) 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.
 - 26) W przypadku braku kodu UDI należy wskazać numer seryjny albo inny numer lub równoważny symbol jednoznacznie identyfikujący wyrób medyczny.
 - 27) Wypełnia się w przypadku, gdy osobą odbierającą jest inna osoba niż pacjent. W przypadku pacjenta wypełnia się, jeżeli dane pacjenta zamieszczone w cz. I.B uległy zmianie.
 - 28) W przypadku zaznaczenia pola „paszport” należy wpisać państwo wydania, a w przypadku zaznaczenia pola „inny” należy wpisać rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość oraz państwo jego wydania.