

WZÓR*

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 <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>												I.A.4 Data urodzenia ¹⁾	I.A.5 Płeć ¹⁾	I.A.6 Symbol państwa, jeżeli dotyczy ²⁾
				I.A.7 Rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, jeżeli dotyczy ³⁾										
I.A.8 Dokument stwierdzający tożsamość ¹⁾ <input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> inny ⁴⁾			I.A.9 Seria i numer ¹⁾ <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>											
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 ⁵⁾		I.AA.2 Dane identyfikujące dokument potwierdzający uprawnienia dodatkowe ⁶⁾												
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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> lewostronne <input type="checkbox"/> prawostronne <input type="checkbox"/> nie dotyczy														
I.C.1.4 Nazwa naprawianego wyrobu medycznego, producent, model, nazwa handlowa, kod UDI ⁷⁾ 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 ⁸⁾ <input type="checkbox"/> pozytywna <input type="checkbox"/> negatywna	II.A.2 Kod oddziału wojewódzkiego NFZ ⁹⁾
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 ¹⁰⁾ <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” ¹¹⁾
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 ¹²⁾
III.B.3 Adres miejsca udzielania świadczeń: kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer domu lub lokalu ¹³⁾	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 ¹⁴⁾ <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” ¹¹⁾
III.C.3 Czy pacjent dysponuje nowymi uprawnieniami dodatkowymi? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	III.C.4 Kod tytułu uprawnienia dodatkowego, jeżeli w pkt III.C.3 zaznaczono „TAK” ⁵⁾
III.C.5 Dane identyfikujące dokument potwierdzający uprawnienie dodatkowe, jeżeli w pkt III.C.3 zaznaczono „TAK” ⁶⁾	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
 pacjent inna osoba odbierająca

IV.C.2 Imię (imiona) ¹⁵⁾	IV.C.3 Nazwisko ¹⁵⁾	IV.C.4 Numer PESEL ¹⁵⁾
IV.C.5 Rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość ¹⁵⁾ (należy wypełnić w przypadku, gdy osoba odbierająca nie ma numeru PESEL) <input type="checkbox"/> paszport ¹⁶⁾ <input type="checkbox"/> inny ¹⁶⁾	IV.C.6 Seria i numer ¹⁵⁾ (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) 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 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.
 - 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.