



DZIENNIK USTAW

RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 30 grudnia 2013 r.

Poz. 1678

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 6 grudnia 2013 r.

w sprawie wzoru zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz wzoru zlecenia naprawy

Na podstawie art. 38 ust. 7 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Ustala się wzór zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne, stanowiący załącznik nr 1 do rozporządzenia.

§ 2. Ustala się wzór zlecenia naprawy wyrobu medycznego, stanowiący załącznik nr 2 do rozporządzenia.

§ 3. Potwierdzenie uprawnienia do zaopatrzenia wyrobem medycznym dokonane przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia w przypadku:

- 1) wyrobów medycznych przysługujących comiesięcznie zachowuje ważność do dnia 31 grudnia 2014 r.;
- 2) wyrobów medycznych innych niż określone w pkt 1 zachowuje ważność do dnia 31 lipca 2014 r.

§ 4. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2014 r.

Minister Zdrowia: *B.A. Arłukowicz*

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 248, poz. 1495 i Nr 284, poz. 1672).

²⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2012 r. poz. 95 i 742 oraz z 2013 r. poz. 766 i 1290.

WZÓR

(część A)

ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE*																																
	Numer ewidencyjny zlecenia: <div style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 5px auto; width: 80%;"> Pieczętka lub nadruk zawierające dane adresowe przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego/praktyki zawodowej wraz z numerem REGON oraz numerem umowy z NFZ </div>																															
WYPEŁNIA OSOBA UPRAWNIIONA DO WYSTAWIENIA ZLECENIA LUB KONTYNUACJI ZAOPATRZENIA	I. DANE ŚWIADCZENIOBIORCY Nazwisko i imię: Adres zamieszkania Kod pocztowy: Miejscowość: Ulica nr domum. Numer PESEL, a w przypadku jego braku nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center; width: 100px; height: 20px;"><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>																															
	II. OKREŚLENIE WYROBU MEDYCZNEGO** Liczba porządkowa wyrobu medycznego <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center; width: 30px; height: 20px;"> </table> / <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center; width: 40px; height: 20px;"> </table> liczba sztuk Określenie wyrobu medycznego wraz z pisemnym uzasadnieniem (np. według klasyfikacji ICD-10):																															
	Zaopatrzenie: prawostronne <input type="checkbox"/> lewostronne <input type="checkbox"/> nie dotyczy <input type="checkbox"/>																															
	Soczewki okularowe korekcyjne																															
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th colspan="2"></th> <th>Sfera</th> <th>Cylinder</th> <th>Oś</th> <th>Pryzma</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">Do dali</td> <td>OP</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td rowspan="2">Odległość źrenic mm</td> </tr> <tr> <td>OL</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Do bliży</td> <td>OP</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td rowspan="2">Odległość źrenic mm</td> </tr> <tr> <td>OL</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Sfera	Cylinder	Oś	Pryzma		Do dali	OP					Odległość źrenic mm	OL					Do bliży	OP					Odległość źrenic mm	OL				
			Sfera	Cylinder	Oś	Pryzma																										
	Do dali	OP					Odległość źrenic mm																									
		OL																														
	Do bliży	OP					Odległość źrenic mm																									
OL																																
III. DODATKOWE WSKAZANIA ZLECAJĄCEGO ZAOPATRZENIE:																																
Miesiąc, którego dotyczy zaopatrzenie comiesięczne:																																
Data wystawienia zlecenia	Pieczętka i podpis osoby uprawnionej do wystawienia zlecenia lub kontynuacji zaopatrzenia wraz z numerem prawa wykonywania zawodu																															
<small>* Zlecenie na zaopatrzenie comiesięczne może być wystawione na okres nie dłuższy niż trzy kolejne miesiące. Zlecenie na zaopatrzenie comiesięczne może zostać zrealizowane wyłącznie w miesiącach, na które zostało wystawione, z wyłączeniem miesięcy, które upłynęły. ** Zgodnie z przepisami wydanymi 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. Nr 122, poz. 696, z późn. zm.).</small>																																

WYPEŁNIA PRACOWNIK ODDZIAŁU WOJEWÓDZKIEGO NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA	IV. POTWIERDZENIE UPRAWNIENIA DO ZAOPATRZENIA WNIOSKOWANYM WYROBEM MEDYCZNYM Kod tytułu uprawnienia Kod tytułu uprawnienia dodatkowego nr dokumentu Nazwa i numer oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia: Limit finansowania ze środków publicznych Refundacja Narodowego Funduszu Zdrowia% Przyczyna odmowy potwierdzenia prawa do refundacji Data potwierdzenia zlecenia <p style="text-align: right;">_____ Pieczętka i podpis pracownika oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia</p>
	V. POTWIERDZENIE ODBIORU WYROBU MEDYCZNEGO U ŚWIADCZENIODAWCY _____ Data przyjęcia do realizacji Pieczętka podmiotu realizującego czynności z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne, w tym adres miejsca udzielania świadczeń wraz z numerem umowy z NFZ Liczba sztuk Dane dotyczące wyrobu medycznego (wytwórca, model, nazwa handlowa) Cena detaliczna wyrobu medycznego Kwota refundacji Dopłata świadczeniobiorcy Potwierdzam wydanie wyrobu medycznego zgodnie ze zleceniem <p style="text-align: right;">_____ Data, pieczętka i podpis osoby realizującej zlecenie</p> Potwierdzam odbiór wyrobu medycznego zgodnie ze zleceniem _____ Data odbioru, imię i nazwisko, numer PESEL, a w przypadku jego braku nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby odbierającej (wypełnić drukowanymi literami) <p style="text-align: right;">_____ podpis osoby odbierającej***</p>
*** W przypadku osoby niewidomej formą potwierdzenia odbioru może być również faksymile podpisu złożona w obecności osoby wydającej wyrób medyczny.	

	<p>ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE KARTA POTWIERDZENIA UPRAWNIENIA NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE PRZYSŁUGUJĄCE COMIESIĘCZNIE*</p> <p>Numer ewidencyjny zlecenia</p>																
	<p>_____ Pieczętka oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia</p>																
<p>WYPEŁNIA PRACOWNIK ODDZIAŁU WOJEWÓDZKIEGO NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA</p>	<p>I. DANE ŚWIADCZENIOBIORCY</p> <p>Nazwisko i imię:</p> <p>Adres zamieszkania Kod pocztowy: Miejscowość:</p> <p>Ulica nr domu m.</p> <p>Numer PESEL, a w przypadku jego braku nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> </tr> </table></p> <p>Kod tytułu uprawnienia:</p> <p>Kod tytułu uprawnienia dodatkowego: Numer dokumentu:</p> <p>Data ważności karty od do (miesiąc, rok) (miesiąc, rok)</p> <p>II. OKREŚLENIE WYROBU MEDYCZNEGO**</p> <p>Liczba porządkowa wyrobu medycznego <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> </tr> </table> / <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> </tr> </table></p> <p>Liczba sztuk:</p> <p>Określenie wyrobu medycznego:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p style="text-align: right;"> _____ Pieczętka i podpis pracownika oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia </p> <p><small>*Potwierdzenie uprawnienia do zaopatrzenia comiesięcznego wystawia oddział wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia na okres nie dłuższy niż 12 miesięcy. ** Zgodnie z przepisami wydanymi 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. Nr 122, poz. 696, z późn. zm.).</small></p>																

POTWIERDZENIE WYSTAWIONYCH ZLECEŃ ORAZ ICH REALIZACJI***

	Lp.	Data wystawienia zlecenia	Nazwa wyrobu medycznego	Liczba sztuk	Zaopatrzenie dotyczy miesiąca (nazwę miesiąca wpisać słownie)	Pieczętka i podpis osoby uprawnionej do wystawienia lub kontynuacji zlecenia****	Data realizacji Pieczętka i podpis osoby realizującej świadczenie
WYPEŁNIA ZLECAJĄCY ORAZ PODMIOT REALIZUJĄCY CZYNNOŚCI Z ZAKRESU ZAOPATRZENIA W WYROBY MEDYCZNE							

*** Potwierdzenie wystawionych zleceń oraz ich realizacji staje się własnością świadczeniobiorcy.

**** Przy pierwszym zleceniu, pierwszy wiersz wypełnia pracownik oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

WZÓR

ZLECENIE NAPRAWY WYROBU MEDYCZNEGO											
Numer ewidencyjny zlecenia:.....											
WYPEŁNIA PRACOWNIK ODDZIAŁU WOJEWÓDZKIEGO NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA	I. DANE ŚWIADCZENIOBIORCY										
	Nazwisko i imię:										
	Adres zamieszkania										
	Kod pocztowy: Miejscowość :										
	Ulica nr domu m.										
	Numer PESEL, a w przypadku jego braku nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość										
	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>										
	II. OKREŚLENIE WYROBU MEDYCZNEGO										
	Dane dotyczące wyrobu medycznego (wytwórca, model, nazwa handlowa) wraz z pisemnym uzasadnieniem, numer ewidencyjny zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne, na podstawie którego zostało zrealizowane świadczenie										
										
										
	III. POTWIERDZENIE UPRAWNIENIA DO NAPRAWY WYROBU MEDYCZNEGO										
	Kod tytułu uprawnienia										
	Kod tytułu uprawnienia dodatkowego nr dokumentu										
Nazwa i numer oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia											
Określenie wyrobu medycznego*:											
Liczba porządkowa wyrobu medycznego* <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> / <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>											
Limit ceny naprawy*											
Przyczyna odmowy potwierdzenia prawa do refundacji naprawy											
.....											
.....											
Data potwierdzenia zlecenia											
IV. INFORMACJA DLA ŚWIADCZENIOBIORCY											
Zostałem poinformowany, że w przypadku dokonania naprawy i wykorzystaniu części lub całości tego limitu okres użytkowania wyrobu medycznego ulega wydłużeniu proporcjonalnie do wykorzystanej części limitu naprawy, z zaokrągleniem w dół do pełnego miesiąca.											
Okres użytkowania wyrobu medycznego ulega wydłużeniu do:.....											
_____ Data i podpis osoby wnioskującej											
_____ Podpis i pieczęć pracownika oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia											
<small>* Zgodnie z przepisami wydanymi 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. Nr 122, poz. 696, z późn. zm.).</small>											

WYPEŁNIA PODMIOT REALIZUJĄCY CZYNNOŚCI Z ZAKRESU ZAOPATRZENIA W WYROBY MEDYCZNE	<p>V. POTWIERDZENIE NAPRAWY WYROBU MEDYCZNEGO U ŚWIADCZENIODAWCY</p> <p>_____</p> <p>Data przyjęcia do realizacji _____ Pieczęć podmiotu realizującego czynności z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne</p> <p>Dane dotyczące wyrobu medycznego (wytwórca, model, nazwa handlowa)</p> <p>.....</p> <p>Opis przeprowadzonej naprawy wraz ze specyfikacją:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Na wyżej wymienioną naprawę udzielam okresu gwarancji.</p> <p>Cena naprawy wyrobu medycznego</p>
	<p>Potwierdzam naprawę wyrobu medycznego, wykonaną zgodnie ze zleceniem.</p> <p style="text-align: right;">_____</p> <p style="text-align: right;">Data, pieczęć i podpis podmiotu realizującego czynności z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne</p>
WYPEŁNIA OSOBA ODBIERAJĄCA	<p>VI. POTWIERDZENIE ODBIORU</p> <p>Potwierdzam odbiór naprawionego wyrobu medycznego</p> <p>_____</p> <p>Data odbioru, imię i nazwisko, numer PESEL, a w przypadku jego braku nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby odbierającej (wypełnić drukowanymi literami)</p> <p style="text-align: right;">_____</p> <p style="text-align: right;">podpis osoby odbierającej**</p>
	<p>** W przypadku osoby niewidomej formą potwierdzenia odbioru może być również faksymile podpisu złożona w obecności osoby wydającej wyrób medyczny.</p>