

WYPEŁNIA UPRAWNIONY LEKARZ UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO LUB FELCZER UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO	NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA																						
	Numer ewidencyjny zlecenia																						
	ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W ŚRODKI POMOCNICZE PRZYSŁUGUJĄCE COMIESIĘCZNIE „CZĘŚĆ A”																						
	pieczęć świadczeniodawcy ubezpieczenia zdrowotnego, adres, telefon; kod, nazwa komórki organizacyjnej; numer identyfikacyjny świadczeniodawcy																						
	I. Dane świadczeniobiorcy PESEL																						
	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 33.33%;"></td> <td style="width: 33.33%;"></td> <td style="width: 33.33%;"></td> <td style="width: 33.33%;"></td> <td style="width: 33.33%;"></td> <td style="width: 33.33%;"></td> <td style="width: 33.33%;"></td> <td style="width: 33.33%;"></td> <td style="width: 33.33%;"></td> <td style="width: 33.33%;"></td> <td style="width: 33.33%;"></td> <td style="width: 33.33%;"></td> </tr> </table>																						
	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/dodatkové uprawnienia																						
	Nazwisko _____																						
Imię (Imiona) _____																							
Adres zamieszkania																							
Kod pocztowy: _____ Miejscowość : _____																							
Ulica _____ nr domu _____ m. _____																							
KOD ŚRODKA POMOCNICZEGO (SP) <table border="1" style="display: inline-table; margin-left: 20px;"> <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> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																							
Określony w tabeli 3, w załączniku 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 środka pomocniczego z wykazu zawartego w 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 (SP) _____ Nazwa (SP) _____																							
Dodatkowe informacje istotne przy doborze (SP)																							

Rodzaj schorzenia– według klasyfikacji ICD-10 <table border="1" style="display: inline-table; margin-left: 20px;"> <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> </tr> </table>																							
Zaopatrzenie: (należy zakreślić kółkiem miesiąc jakiego dotyczy zaopatrzenie) styczeń, luty, marzec, kwiecień, maj, czerwiec, lipiec, sierpień, wrzesień, październik, listopad, grudzień																							
Data wystawienia zlecenia																							
Pieczęćka i podpis osoby uprawnionej do wystawienia zlecenia																							

