

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/dodatkové uprawnienia

Nazwisko _____

Imię (Imiona) _____

Adres zamieszkania

Kod pocztowy: _____ Miejscowość : _____

Ulica _____ nr domu _____ m. _____

**KOD PRZEDMIOTU ORTOPEDYCZNEGO (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

Pieczęćka i podpis osoby uprawnionej do wystawienia zlecenia

WYPEŁNIA UPRAWNIONY LEKARZ UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO LUB FELCZER UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

