(część A)

ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE*

Numer ewidencyjny zlecenia: .....

Pieczątka lub nadruk zawierające dane adresowe przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego/praktyki zawodowej wraz z numerem REGON oraz numerem umowy z NFZ

WYPEŁNIA OSOBA UPRAWNIONA DO WYSTAWIENIA ZLECENIA LUB KONTYNUACJI ZAOPATRZENIA

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: | | | | | | | | | | | |

II. OKREŚLENIE WYROBU MEDYCZNEGO**

Liczba porządkowa wyrobu medycznego P / 1 1 7

liczba sztuk 1

Określenie wyrobu medycznego wraz z pisemnym uzasadnieniem (np. według klasyfikacji ICD-10): L.89

MATERAC PRZECIWODLEŻYNOWY

Zaopatrzenie:

prawostronne ☐ lewostronne ☐ nie dotyczy ☐

Soczewki okularowe korekcyjne

		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

Pieczątka i podpis osoby uprawnionej do wystawienia zlecenia lub kontynuacji zaopatrzenia wraz z numerem prawa wykonywania zawodu

* 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.).