

**WZÓR ZLECENIA NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE BĘDĄCE  
PRZEDMIOTAMI ORTOPEDYCZNYMI I ŚRODKI POMOCNICZE**

<b>ORT POM</b>	Narodowy Fundusz Zdrowia	
	<b>ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środki pomocnicze</b>	
	pieczęć jednostki kierującej, adres, telefon kod, nazwa komórki organizacyjnej numer identyfikacyjny świadczeniodawcy	
<b>WYPELNIŁA ZLECAJĄCY</b>	<b>I. Dane personalne świadczeniobiorcy</b>	<b>PESEL</b> <input type="text"/>
	Numer dokumentu potwierdzającego uprawnienia _____	
	Nr legitymacji inwalidy wojennego/wojskowego/osoby represjonowanej (jeśli dotyczy) _____	
	Nazwisko (-a) _____	
	Imiona _____	Data _____
	<b>Adres:</b>	Kod : <input type="text"/> - <input type="text"/> <b>Miejscowość</b> _____
	Ulica _____ nr domu _____ m. _____	
	Rodzaj schorzenia upoważniającego – według klasyfikacji ICD-10 <input type="text"/>	
	Zaopatrzenie: prawostronne <input type="checkbox"/> lewostronne <input type="checkbox"/>	
	<input type="text"/>	
	Kod zaopatrzenia wyrobu medycznego będącego przedmiotem ortopedycznym / środka pomocniczego	
	ilość _____	
	Nazwa przedmiotu / środka _____	
	Dodatkowe informacje, istotne przy doborze przedmiotu / środka _____	
----- _____		
Za jaki miesiąc/okres _____ (dotyczy zaopatrzenie)		
Dysfunkcja stała <input type="checkbox"/> dysfunkcja czasowa <input type="checkbox"/> do stałego użytkowania <input type="checkbox"/>		
Data wystawienia zlecenia _____		
Pieczątką i podpis osoby uprawnionej do wystawienia zlecenia		

WYPEŁNIA PRACOWNIK NFZ LUB REALIZATOR ZAOPATRZENIA	<p><b>II. Potwierdzenie prawa do uzyskania wyrobu medycznego będącego przedmiotem ortopedycznym lub środka pomocniczego bezpłatnie lub za częściową odpłatnością:</b></p> <p>Nr Oddziału NFZ : .....</p> <p>Kod przedmiotu / środka: _____ Zlecenie ważne do _____</p> <p>Limit cenowy _____ Refundacja NFZ w % _____</p> <p>Ostatnio otrzymane przedm. ortop. / śr. pom. tego rodzaju (data): _____</p> <p>_____</p> <p>Podpis i pieczęć pracownika NFZ lub Realizatora zlecenia (zaopatrzenie comiesięczne)</p>
WYPEŁNIA REALIZATOR I OSOBA ODBIERAJĄCA	<p><b>III. Potwierdzenie odbioru wyrobu medycznego będącego przedmiotem ortopedycznym / środka pomocniczego:</b></p> <p>_____ data przyjęcia do realizacji</p> <p>Pieczęć zakładu _____</p> <p>Ilość przedmiotów / środków _____ Rodzaj (typ, nr fabryczny, itp.) _____</p> <p>Kwota refundacji _____ kwota zapłacona przez ubezpieczonego _____</p> <p style="text-align: right;">Potwierdzam odbiór prawidłowo wykonanego przedmiotu/środka</p> <p>_____ Nazwisko, imię i podpis odbierającego</p> <p>Podpis Realizatora _____</p> <p>_____ PESEL osoby odbierającej</p> <p>Data odbioru _____</p> <p><b>Uwaga:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jeżeli cena wydanego wyrobu medycznego będącego przedmiotem ortopedycznym/środka pomocniczego jest niższa lub równa określonemu limitowi ceny – NFZ należy obciążyć ceną wyrobu medycznego będącego przedmiotem ortopedycznym/środka pomocniczego w przypadku refundacji pełnej lub na kwotę stanowiącą 50, 70% ceny wyrobu medycznego będącego przedmiotem ortopedycznym/środka pomocniczego w przypadku refundacji częściowej. W podanym przypadku oraz w sytuacji, gdy cena wyrobu medycznego będącego przedmiotem ortopedycznym/środka pomocniczego jest wyższa niż określa limit – różnicę oraz kwotę ponad limit pokrywa świadczeniobiorcy.</li> </ul>