



# DZIENNIK USTAW

## RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

---

Warszawa, dnia 9 stycznia 2020 r.

Poz. 28

### ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup>

z dnia 18 grudnia 2019 r.

#### **w sprawie uproszczonego wzoru zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne przysługujące comiesięcznie w przypadku kontynuacji zlecenia**

Na podstawie art. 38 ust. 7a ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 784, 999, 1096, 1590 i 1905) zarządza się, co następuje:

**§ 1.** Uproszczony wzór zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne przysługujące comiesięcznie w przypadku kontynuacji zlecenia jest określony w załączniku do rozporządzenia.

**§ 2.** Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2020 r.

Minister Zdrowia: wz. *J. Szczurek-Żelazko*

---

<sup>1)</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2019 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 2269).

WZÓR\*

Strona 1 z 2

ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE PRZYSŁUGUJĄCE COMIESIĘCZNIE – KONTYNUACJA <sup>1)</sup>				
IDENTYFIKACJA ZLECENIA		Unikalny numer identyfikacyjny pierwszego zlecenia wystawionego na ten sam wyrób medyczny		
Unikalny numer identyfikacyjny (nadany przez NFZ)		Kod kreskowy (nadany przez NFZ)		
<b>CZĘŚĆ I. WYSTAWIENIE ZLECENIA</b> (WYPEŁNIA I DRUKUJE OSOBA UPRAWNIONA DO WYSTAWIENIA ZLECENIA)				
<b>I.A. DANE PACJENTA</b>				
I.A.1 Imię (imiona)		I.A.2 Nazwisko		
I.A.3 Numer PESEL		I.A.4 Data urodzenia <sup>2)</sup>		I.A.5 Płeć <sup>2)</sup>
I.A.6 Rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość <sup>2)</sup>		I.A.7 Seria i numer <sup>2)</sup>		
<input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> inny <sup>3)</sup> .....				
<b>I.B. OKREŚLENIE WYROBU MEDYCZNEGO</b>				
I.B.1 Nazwa wyrobu medycznego	I.B.2 Grupa i liczba porządkowa	I.B.3 Liczba sztuk na miesiąc	I.B.4 Pierwszy miesiąc zaopatrzenia (format: MM-RRRR)	I.B.5 Liczba miesięcy zaopatrzenia (1–12)
<b>I.C. DANE OSOBY UPRAWNIONEJ DO WYSTAWIENIA ZLECENIA</b>				
I.C.1 Numer prawa wykonywania zawodu	I.C.2 Imię (imiona) i nazwisko		I.C.3 Podpis	
<b>CZĘŚĆ II. WERYFIKACJA ZLECENIA</b> (DOKONYWANA PRZEZ NFZ ZA POŚREDNICTWEM SERWISÓW INTERNETOWYCH LUB USŁUG INFORMATYCZNYCH NFZ – DRUKUJE OSOBA UPRAWNIONA DO WYSTAWIENIA ZLECENIA)				
<b>II.A. INFORMACJE DLA PACJENTA</b>				
II.A.1 Realizacja zlecenia od dnia		II.A.2 Końcowa data realizacji zlecenia		
II.A.3 Dodatkowe informacje				
<b>II.B. POTWIERDZENIE WERYFIKACJI ZLECENIA</b>				
II.B.1 Data wystawienia	II.B.2 Weryfikacja za pośrednictwem serwisów internetowych lub usług informatycznych NFZ			

**Objaśnienia:**

\* Wzór może być edytowany w ten sposób, że właściwe jego komórki mogą być powiększone, jeżeli jest to niezbędne do zamieszczenia w danej komórce wymaganej informacji, której objętość wykracza poza rozmiar tej komórki określony we wzorze. Drukowaniu podlegają wyłącznie wypełnione komórki.

<sup>1)</sup> Zlecenie może być wystawione wyłącznie przez świadczeniodawcę, który wystawił pierwotne zlecenie.

<sup>2)</sup> Należy wypełnić w przypadku, gdy pacjent nie ma numeru PESEL.

<sup>3)</sup> W przypadku zaznaczenia pola „inny” należy wpisać rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość oraz państwo wydania dokumentu.

Unikalny numer identyfikacyjny (nadany przez NFZ)		Kod kreskowy (nadany przez NFZ)		
<b>CZĘŚĆ III. REALIZACJA ZLECENIA U ŚWIADCZENIODAWCY</b> (WYPEŁNIA I DRUKUJE ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE WEDŁUG STANU NA DZIEŃ PRZYJĘCIA DO REALIZACJI <sup>4)</sup> )				
<b>III.A. PRZYJĘCIE DO REALIZACJI ZLECENIA</b>				
III.A.1 Data przyjęcia do realizacji	III.A.2 <input type="checkbox"/> częściowa realizacja zlecenia	III.A.3 Miesiąc albo miesiące, których dotyczy realizacja zlecenia (słownie)		
<b>III.B DANE ŚWIADCZENIODAWCY REALIZUJĄCEGO ZLECENIE</b>				
III.B.1 Nazwa świadczeniodawcy		III.B.2 REGON <sup>5)</sup>		
III.B.3 Adres miejsca udzielania świadczeń: kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer domu lub lokalu		III.B.4 Numer umowy z NFZ		
<b>III.C. POTWIERDZENIE POSIADANIA PRAWA DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ I LIMITU FINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH</b>				
III.C.1 Czy pacjent posiada prawo do świadczeń opieki zdrowotnej? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK - OŚWIADCZENIE <sup>6)</sup>	III.C.2 Czy pacjent dysponuje nowymi uprawnieniami dodatkowymi lub innymi uprawnieniami? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	III.C.3 Rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego uprawnienia dodatkowe z pkt III.C.2		
III.C.4 Czy zmiana wieku pacjenta wpływa na limit finansowania? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY	III.C.5 Czy nastąpiła zmiana limitu finansowania? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	III.C.6 Limit finansowania	III.C.7 Wysokość procentowego udziału NFZ w limicie finansowania	
<b>CZĘŚĆ IV. POTWIERDZENIE WYDANIA WYROBU MEDYCZNEGO</b> (DRUKUJE ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE)				
<b>IV.A. DANE DOTYCZĄCE WYDANEGO WYROBU MEDYCZNEGO</b> (WYPEŁNIA ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE)				
IV.A.1 Kod wyrobu medycznego	IV.A.2 Wytwórca, model, nazwa handlowa i numer seryjny <sup>7)</sup>	IV.A.3 Liczba wydanych sztuk	IV.A.4 Cena detaliczna sztuki	IV.A.5 Informacja o miesiącu lub miesiącach, których dotyczy odbiór częściowy, jeżeli dotyczy
IV.A.6 Łączna kwota		IV.A.7 Kwota refundacji	IV.A.8 Kwota dopłaty pacjenta	
<b>IV.B. POTWIERDZENIE WYDANIA WYROBU MEDYCZNEGO</b> (WYPEŁNIA ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE)				
IV.B.1 Data wydania		IV.B.2 Imię (imiona), nazwisko i podpis		
<b>IV.C. POTWIERDZENIE ODBIORU WYROBU MEDYCZNEGO</b> (WYPEŁNIA OSOBA ODBIERAJĄCA)				
IV.C.1 Osoba odbierająca <input type="checkbox"/> pacjent <input type="checkbox"/> inna osoba odbierająca				
IV.C.2 Imię (imiona) <sup>8)</sup>		IV.C.3 Nazwisko <sup>8)</sup>	IV.C.4 Numer PESEL <sup>8)</sup>	
IV.C.5 Rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość <sup>8)</sup> (należy wypełnić w przypadku, gdy osoba odbierająca nie ma numeru PESEL) <input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> inny <sup>3)</sup> .....		IV.C.6 Seria i numer <sup>8)</sup> (należy wypełnić w przypadku, gdy osoba odbierająca nie ma numeru PESEL)		
IV.C.7 Data odbioru		IV.C.8 Czytelny podpis osoby odbierającej zawierający imię (imiona) i nazwisko		

**Objaśnienia:**

<sup>4)</sup> W przypadku realizowania zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne częściami świadczeniodawca realizujący zlecenie każdorazowo przy wydaniu wyrobu medycznego drukuje części III i IV wzoru.

<sup>5)</sup> Numer identyfikacyjny REGON. Należy wskazać REGON – 9 cyfr dla praktyk zawodowych albo 14 cyfr dla jednostek organizacyjnych.

<sup>6)</sup> Należy zaznaczyć w przypadku złożenia przez pacjenta albo jego przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika albo opiekuna faktycznego oświadczenia o potwierdzeniu posiadania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej.

<sup>7)</sup> Numer seryjny należy wpisać, jeżeli został on nadany wydawanej sztuce wyrobu medycznego.

<sup>8)</sup> Wypełnia się w przypadku, gdy osobą odbierającą jest inna osoba niż pacjent. W przypadku pacjenta wypełnia się, jeżeli dane pacjenta zamieszczone w sekcji I.A. uległy zmianie.