

Warszawa, dnia 30 grudnia 2013 r.

Poz. 1678

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

z dnia 6 grudnia 2013 r.

**w sprawie wzoru zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz wzoru zlecenia naprawy**

Na podstawie art. 38 ust. 7 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.<sup>2)</sup>) zarządza się, co następuje:

§ 1. Ustala się wzór zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne, stanowiący załącznik nr 1 do rozporządzenia.

§ 2. Ustala się wzór zlecenia naprawy wyrobu medycznego, stanowiący załącznik nr 2 do rozporządzenia.

§ 3. Potwierdzenie uprawnienia do zaopatrzenia wyrobem medycznym dokonane przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia w przypadku:

- 1) wyrobów medycznych przysługujących comiesięcznie zachowuje ważność do dnia 31 grudnia 2014 r.;
- 2) wyrobów medycznych innych niż określone w pkt 1 zachowuje ważność do dnia 31 lipca 2014 r.

§ 4. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2014 r.

Minister Zdrowia: *B.A. Artukowicz*

---

<sup>1)</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 248, poz. 1495 i Nr 284, poz. 1672).

<sup>2)</sup> Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2012 r. poz. 95 i 742 oraz z 2013 r. poz. 766 i 1290.



WYPEŁNIA PRACOWNIK ODDZIAŁU WOJEWÓDZKIEGO NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA	<b>IV. POTWIERDZENIE UPRAWNIENIA DO ZAOPATRZENIA WNIOSKOWANYM WYROBEM MEDYCZNYM</b> Kod tytułu uprawnienia ..... Kod tytułu uprawnienia dodatkowego ..... nr dokumentu ..... Nazwa i numer oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia: ..... Limit finansowania ze środków publicznych ..... Refundacja Narodowego Funduszu Zdrowia .....% Przyczyna odmowy potwierdzenia prawa do refundacji ..... ..... Data potwierdzenia zlecenia .....  <p style="text-align: right;">_____                  Pieczętka i podpis pracownika oddziału wojewódzkiego                  Narodowego Funduszu Zdrowia</p>
	<b>V. POTWIERDZENIE ODBIORU WYROBU MEDYCZNEGO U ŚWIADCZENIODAWCY</b>  _____ Data przyjęcia do realizacji <span style="float: right;">Pieczętka podmiotu realizującego czynności z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne, w tym adres miejsca udzielania świadczeń wraz z numerem umowy z NFZ</span> Liczba sztuk ..... Dane dotyczące wyrobu medycznego (wytwórca, model, nazwa handlowa) ..... ..... ..... Cena detaliczna wyrobu medycznego ..... Kwota refundacji ..... Dopłata świadczeniobiorcy ..... Potwierdzam wydanie wyrobu medycznego zgodnie ze zleceniem  <p style="text-align: right;">_____                  Data, pieczętka i podpis osoby realizującej zlecenie</p> Potwierdzam odbiór wyrobu medycznego zgodnie ze zleceniem  _____ Data odbioru, imię i nazwisko, numer PESEL, a w przypadku jego braku nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby odbierającej (wypełnić drukowanymi literami)  <p style="text-align: right;">_____                  podpis osoby odbierającej***</p>
	*** W przypadku osoby niewidomej formą potwierdzenia odbioru może być również faksymile podpisu złożona w obecności osoby wydającej wyrób medyczny.

(część B)

	<p><b>ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE</b>  <b>KARTA POTWIERDZENIA UPRAWNIENIA NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE PRZYSŁUGUJĄCE</b>  <b>COMIESIĘCZNIE*</b></p> <p>Numer ewidencyjny zlecenia .....</p>																									
	<p>_____                  Pieczętka oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia</p>																									
WYPEŁNIA PRACOWNIK ODDZIAŁU WOJEWÓDZKIEGO NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA	<p><b>I. DANE ŚWIADCZENIOBIORCY</b></p> <p>Nazwisko i imię: .....</p> <p>Adres zamieszkania                  Kod pocztowy: ..... Miejscowość: .....</p> <p>Ulica ..... nr domu ..... m. ....</p> <p>Numer PESEL, a w przypadku jego braku nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; width: 150px; height: 20px; vertical-align: middle;"> <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> <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></p> <p>Kod tytułu uprawnienia: .....</p> <p>Kod tytułu uprawnienia dodatkowego: ..... Numer dokumentu: .....</p> <p>Data ważności karty od ..... do .....                  (miesiąc, rok) (miesiąc, rok)</p> <p><b>II. OKREŚLENIE WYROBU MEDYCZNEGO**</b></p> <p>Liczba porządkowa wyrobu medycznego <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> / <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; width: 60px; height: 20px; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table></p> <p>Liczba sztuk: .....</p> <p>Określenie wyrobu medycznego: .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p style="text-align: right;">                 _____                  Pieczętka i podpis pracownika oddziału wojewódzkiego                  Narodowego Funduszu Zdrowia             </p> <p><small>*Potwierdzenie uprawnienia do zaopatrzenia comiesięcznego wystawia oddział wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia na okres nie dłuższy niż 12 miesięcy.                  ** 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.).</small></p>																									

**POTWIERDZENIE WYSTAWIONYCH ZLECEŃ ORAZ ICH REALIZACJI\*\*\***

	Lp.	Data wystawienia zlecenia	Nazwa wyrobu medycznego	Liczba sztuk	Zaopatrzenie dotyczy miesiąca (nazwę miesiąca wpisać słownie)	Pieczętka i podpis osoby uprawnionej do wystawienia lub kontynuacji zlecenia****	Data realizacji Pieczętka i podpis osoby realizującej świadczenie
<b>WYPEŁNIA ZLECAJĄCY ORAZ PODMIOT REALIZUJĄCY CZYNNOŚCI Z ZAKRESU ZAOPATRZENIA W WYROBY MEDYCZNE</b>							

\*\*\* Potwierdzenie wystawionych zleceń oraz ich realizacji staje się własnością świadczeniobiorcy.

\*\*\*\* Przy pierwszym zleceniu, pierwszy wiersz wypełnia pracownik oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

## WZÓR

<b>ZLECENIE NAPRAWY WYROBU MEDYCZNEGO</b>											
Numer ewidencyjny zlecenia:.....											
<b>WYPEŁNIA PRACOWNIK ODDZIAŁU WOJEWÓDZKIEGO NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA</b>	<b>I. DANE ŚWIADCZENIOBIORCY</b>										
	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										
	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><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></tr></table>										
	<b>II. OKREŚLENIE WYROBU MEDYCZNEGO</b>										
	Dane dotyczące wyrobu medycznego (wytwórca, model, nazwa handlowa) wraz z pisemnym uzasadnieniem, numer ewidencyjny zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne, na podstawie którego zostało zrealizowane świadczenie										
	.....										
	.....										
	<b>III. POTWIERDZENIE UPRAWNIENIA DO NAPRAWY WYROBU MEDYCZNEGO</b>										
	Kod tytułu uprawnienia .....										
	Kod tytułu uprawnienia dodatkowego ..... nr dokumentu .....										
Nazwa i numer oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia .....											
Określenie wyrobu medycznego*:											
Liczba porządkowa wyrobu medycznego* <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> / <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>											
Limit ceny naprawy* .....											
Przyczyna odmowy potwierdzenia prawa do refundacji naprawy .....											
.....											
.....											
Data potwierdzenia zlecenia .....											
<b>IV. INFORMACJA DLA ŚWIADCZENIOBIORCY</b>											
Zostałem poinformowany, że w przypadku dokonania naprawy i wykorzystaniu części lub całości tego limitu okres użytkowania wyrobu medycznego ulega wydłużeniu proporcjonalnie do wykorzystanej części limitu naprawy, z zaokrągleniem w dół do pełnego miesiąca.											
Okres użytkowania wyrobu medycznego ulega wydłużeniu do:.....											
_____ Data i podpis osoby wnioskującej											
_____ Podpis i pieczęć pracownika oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia											
<small>* 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.).</small>											

WYPEŁNIA PODMIOT REALIZUJĄCY CZYNNOŚCI Z ZAKRESU ZAOPATRZENIA W WYROBY MEDYCZNE	<p><b>V. POTWIERDZENIE NAPRAWY WYROBU MEDYCZNEGO U ŚWIADCZENIODAWCY</b></p> <p>_____</p> <p>Data przyjęcia do realizacji <span style="float: right;">Piecątka podmiotu realizującego czynności z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne</span></p> <p>Dane dotyczące wyrobu medycznego (wytwórca, model, nazwa handlowa) .....</p> <p>Opis przeprowadzonej naprawy wraz ze specyfikacją: .....</p> <p>Na wyżej wymienioną naprawę udzielam ..... okresu gwarancji.</p> <p>Cena naprawy wyrobu medycznego .....</p> <p>Potwierdzam naprawę wyrobu medycznego, wykonaną zgodnie ze zleceniem.</p> <p style="text-align: right;">_____</p> <p style="text-align: right;">Data, pieczętka i podpis podmiotu realizującego czynności z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne</p>
	<p><b>VI. POTWIERDZENIE ODBIORU</b></p> <p>Potwierdzam odbiór naprawionego wyrobu medycznego</p> <p>_____</p> <p>Data odbioru, imię i nazwisko, numer PESEL, a w przypadku jego braku nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby odbierającej (wypełnić drukowanymi literami)</p> <p style="text-align: right;">_____</p> <p style="text-align: right;">podpis osoby odbierającej**</p> <p>** W przypadku osoby niewidomej formą potwierdzenia odbioru może być również faksymile podpisu złożona w obecności osoby wydającej wyrób medyczny.</p>