

**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/dodatkowe uprawnienia

**Nazwisko** \_\_\_\_\_

**Imię (Imiona)** \_\_\_\_\_

**Adres zamieszkania**

**Kod pocztowy:** \_\_\_\_\_ **Miejscowość :** \_\_\_\_\_

**Ulica** \_\_\_\_\_ **nr domu** \_\_\_\_\_ **m.** \_\_\_\_\_

**KOD PRZEDMIOTU ORTOPEDYCZNEO (PO) / ŚRODKA POMOCNICZEGO (SP)**

9	1	4	0	.	2	4	.		
---	---	---	---	---	---	---	---	--	--

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)** 1 **Nazwa (PO) / (SP)** aparat odwodzący kończyne górną

**Dodatkowe informacje, istotne przy doborze (PO) / (SP)**

**Soczewki okularowe korekcyjne**

		Sfera	Cylinder	Oś	Pryzma	
Do dali	O <sub>2</sub>					Odl. źrenic .....mm
	OL					
Do bliży	OP					Odl. źrenic .....mm
	OL					

**Rodzaj schorzenia– według klasyfikacji ICD-10**

--	--	--

**Dysfunkcja trwała**  **Dysfunkcja czasowa**

**Zaopatrzenie w (PO) /(SP):**  
**prawostronne**  **lewostronne**  **nie dotyczy**

Data wystawienia zlecenia

Pieczętka i podpis osoby uprawnionej do wystawienia zlecenia

WYPEŁNIA UPRAWNIONY LEKARZ UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO LUB FELCZER UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

