

Załącznik nr 1

ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE				
IDENTYFIKACJA ZLECENIA		<input type="checkbox"/> ZLECENIE		<input type="checkbox"/> KONTYNUACJA ZLECENIA ¹⁾
Identyfikator zlecenia		Kod kreskowy		
CZĘŚĆ I. WYSTAWIENIE ZLECENIA (WYPEŁNIA I DRUKUJE OSOBA UPRAWNIONA DO WYSTAWIENIA ZLECENIA)				
I.A. DANE PODMIOTU, W RAMACH KTÓREGO WYSTAWIONO ZLECENIE				
I.A.1 Nazwa		I.A.2 Adres miejsca udzielania świadczeń: kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer domu lub lokalu ²⁾		
I.A.3 REGON ³⁾				
I.B. DANE PACJENTA				
I.B.1 Imię (imiona)		I.B.2 Nazwisko		
I.B.3 Numer PESEL		I.B.4 Data urodzenia ⁴⁾	I.B.5 Płeć ⁴⁾	I.B.6 Symbol państwa, jeżeli dotyczy ⁵⁾
				I.B.7 Rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, jeżeli dotyczy ⁶⁾
I.B.8 Dokument stwierdzający tożsamość ⁴⁾		I.B.9 Seria i numer ⁴⁾		
<input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> inny ⁷⁾				
I.B.10 Kraj wydania dokumentu stwierdzającego tożsamość, o którym mowa w pkt I.B.8				
I.BA. UPRAWNIENIE DODATKOWE LUB INNE UPRAWNIENIE, Z KTÓREGO BĘDZIE KORZYSTAŁ PACJENT				
I.BA.1 Kod tytułu uprawnienia dodatkowego ⁸⁾	I.BA.2 Dane identyfikujące dokument potwierdzający uprawnienie dodatkowe ⁹⁾		I.BA.3 Cięża ¹⁰⁾	
			<input type="checkbox"/>	

Identyfikator zlecenia	Kod kreskowy
------------------------	--------------

I.C. OKREŚLENIE WYROBU MEDYCZNEGO¹¹⁾

I.C.1 Grupa i liczba porządkowa		I.C.2 Umiejscowienie (nie dotyczy stomii) <input type="checkbox"/> lewostronne <input type="checkbox"/> prawostronne <input type="checkbox"/> nie dotyczy		
I.C.3 Liczba przetok (dotyczy stomii)		I.C.4 Rodzaj przetok (dotyczy stomii) <input type="checkbox"/> urostomia <input type="checkbox"/> kolostomia <input type="checkbox"/> ileostomia <input type="checkbox"/> nefrostomia <input type="checkbox"/> inna		
I.C.5 Kod ICD-10	I.C.6 Liczba sztuk (dotyczy zleceń innych niż comiesięczne)	I.C.7 Liczba sztuk na miesiąc (dotyczy comiesięcznych zleceń) ¹²⁾	I.C.8 Pierwszy miesiąc zaopatrzenia comiesięcznego (format: MM-RRRR)	I.C.9 Liczba miesięcy zaopatrzenia comiesięcznego (1-12)
I.C.10 Nazwa wyrobu medycznego	I.C.11 Kryteria przyznania wyrobu medycznego ¹³⁾	I.C.12 Dodatkowe informacje dotyczące wyrobu ¹⁴⁾		

I.C.13 Uzasadnienie medyczne przyznania większej liczby sztuk wyrobu medycznego - w przypadku uprawnienia dodatkowego 47ZN, 47DN, 47ZDN

I.CA Soczewki okularowe

		Sfera	Cylinder	Oś	Pryzma	Odległość źrenic mm
Do dali	OP					
	OL					
Do bliży	OP					
	OL					

I.D. DODATKOWE WSKAZANIA DO WYSTAWIENIA ZLECENIA (WYPEŁNIA OSOBA UPRAWNIIONA DO WYSTAWIENIA ZLECENIA)

I.D.1 Skrócenie okresu użytkowania wyrobu medycznego <input type="checkbox"/>	I.D.2 Wskazanie kryterium skrócenia okresu użytkowania wyrobu medycznego, jeżeli dotyczy ¹⁵⁾
	I.D.3 Uzasadnienie skrócenia okresu użytkowania wyrobu medycznego, jeżeli dotyczy

I.E. DANE OSOBY UPRAWNIONEJ DO WYSTAWIENIA ZLECENIA

I.E.1 Numer prawa wykonywania zawodu ¹⁶⁾	I.E.2 Imię (imiona) i nazwisko
I.E.3 Data wystawienia	I.E.4 Podpis osoby uprawnionej do wystawienia zlecenia, jeżeli dotyczy