



Identyfikator zlecenia	Kod kreskowy
<b>CZĘŚĆ II. WERYFIKACJA ZLECENIA NAPRAWY</b> (WYPEŁNIA I DRUKUJE ODDZIAŁ WOJEWÓDZKI NFZ)	
<b>II.A. WYNIK WERYFIKACJI</b>	
II.A.1 Wynik weryfikacji <sup>8)</sup> <input type="checkbox"/> pozytywna <input type="checkbox"/> negatywna	II.A.2 Kod oddziału wojewódzkiego NFZ <sup>9)</sup>
II.AA.1 Realizacja zlecenia od dnia	II.AA.2 Końcowa data realizacji zlecenia
<b>II.B. POTWIERDZENIE LIMITU FINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH NAPRAWY WYROBU MEDYCZNEGO</b>	
II.B.1 Limit ceny naprawy	II.B.2 Kod naprawy wyrobu medycznego
II.B.3 Okres użytkowania wyrobu medycznego ulega wydłużeniu do	
<b>II.C. POTWIERDZONE PRAWO DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ</b>	
I.C.1 Sposób potwierdzenia prawa do świadczeń <sup>10)</sup> <input type="checkbox"/> eWUŚ <input type="checkbox"/> dokument	I.C.2 Dane identyfikujące dokument potwierdzający prawo do świadczeń, jeżeli w pkt I.C.1 zaznaczono „dokument” <sup>11)</sup>
<b>II.D. PRZYCZYNA NEGATYWNEJ WERYFIKACJI</b> (JEŻELI DOTYCZY)	
<b>II.E. DODATKOWE INFORMACJE DLA PACJENTA</b>	
<b>II.F. POTWIERDZENIE WERYFIKACJI ZLECENIA</b>	
II.F.1 Data weryfikacji	

Identyfikator zlecenia		Kod kreskowy																					
<b>CZĘŚĆ III. REALIZACJA ZLECENIA NAPRAWY</b> (WYPEŁNIA I DRUKUJE ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY NAPRAWĘ WEDŁUG STANU NA DZIEŃ PRZYJĘCIA DO REALIZACJI)																							
<b>III.A. REALIZACJA ZLECENIA NAPRAWY</b>																							
III.A.1 Data przyjęcia zlecenia naprawy do realizacji																							
<b>III.B. DANE ŚWIADCZENIODAWCY REALIZUJĄCEGO ZLECENIE NAPRAWY</b>																							
III.B.1 Nazwa świadczeniodawcy		III.B.2 REGON świadczeniodawcy <sup>12)</sup>																					
		<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																					
III.B.3 Adres miejsca udzielania świadczeń: kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer domu lub lokalu <sup>13)</sup>		III.B.4 Numer umowy z NFZ																					
<b>III.C. POTWIERDZENIE POSIADANIA PRAWA DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ, UPRAWNIENIA DODATKOWEGO I LIMITU FINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH</b>																							
III.C.1 Sposób potwierdzenia prawa do świadczeń <sup>14)</sup>		III.C.2 Dane identyfikujące dokument potwierdzający prawo do świadczeń, jeżeli w pkt III.C.1 zaznaczono „dokument” <sup>11)</sup>																					
<input type="checkbox"/> eWUŚ <input type="checkbox"/> oświadczenie <input type="checkbox"/> dokument																							
III.C.3 Czy pacjent dysponuje nowymi uprawnieniami dodatkowymi?		III.C.4 Kod tytułu uprawnienia dodatkowego, jeżeli w pkt III.C.3 zaznaczono „TAK” <sup>15)</sup>																					
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE																							
III.C.5 Dane identyfikujące dokument potwierdzający uprawnienie dodatkowe, jeżeli w pkt III.C.3 zaznaczono „TAK” <sup>16)</sup>		III.C.6 Limit finansowania																					
<b>CZĘŚĆ IV. POTWIERDZENIE WYDANIA NAPRAWIONEGO WYROBU MEDYCZNEGO</b> (WYPEŁNIA I DRUKUJE ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE NAPRAWY)																							
<b>IV.A. DANE DOTYCZĄCE NAPRAWIONEGO WYROBU MEDYCZNEGO</b>																							
IV.A.1 Opis naprawionego wyrobu medycznego wraz z opisem naprawy																							
IV.A.2 Łączna kwota naprawy	IV.A.3 Kwota finansowania ze środków publicznych	IV.A.4 Dopłata pacjenta do naprawy	IV.A.5 Okres gwarancji naprawy																				
<b>IV.B. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYDANIA NAPRAWIONEGO WYROBU MEDYCZNEGO</b>																							
IV.B.1 Data wydania		IV.B.2 Imię (imiona) i nazwisko osoby wydającej naprawiony wyrób medyczny																					
<b>IV.C. DANE DOTYCZĄCE ODBIORU NAPRAWIONEGO WYROBU MEDYCZNEGO</b> (WYPEŁNIA OSOBA ODBIERAJĄCA LUB ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE)																							
IV.C.1 Osoba odbierająca																							
<input type="checkbox"/> pacjent <input type="checkbox"/> inna osoba odbierająca																							
IV.C.2 Imię (imiona) <sup>15)</sup>		IV.C.3 Nazwisko <sup>15)</sup>																					
		IV.C.4 Numer PESEL <sup>15)</sup>																					
		<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																					
IV.C.5 Rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość <sup>15)</sup> (należy wypełnić w przypadku, gdy osoba odbierająca nie ma numeru PESEL)		IV.C.6 Seria i numer <sup>15)</sup> (należy wypełnić w przypadku, gdy osoba odbierająca nie ma numeru PESEL)																					
<input type="checkbox"/> paszport <sup>16)</sup> <input type="checkbox"/> inny <sup>16)</sup>		<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																					
.....																							
IV.C.7 Data odbioru																							

**Objaśnienia:**

- \* Wzór może być edytowany w ten sposób, że właściwe jego komórki mogą być powiększane, jeżeli jest to niezbędne do zamieszczenia w danej komórce wymaganej informacji, której objętość wykracza poza rozmiar tej komórki określony we wzorze.
- 1) Należy wypełnić w przypadku, gdy pacjent nie ma numeru PESEL.
  - 2) Symbol państwa odpowiedniego dla instytucji właściwej dla osoby uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji.
  - 3) W przypadku potwierdzenia prawa do świadczeń w sposób inny niż dokumentem elektronicznym, o którym mowa w art. 50 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”, tj. z użyciem systemu eWUŚ – należy wskazać rodzaj i numer (o ile dotyczy) dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń, np. oświadczenie pacjenta, decyzja wójta, burmistrza, prezydenta, a w przypadku osób uprawnionych do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji – rodzaj i numer dokumentu uprawniającego i oznaczenie instytucji właściwej, która wydała ten dokument.
  - 4) W przypadku zaznaczenia „inny” należy wpisać rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość.
  - 5) Kod tytułu uprawnienia dodatkowego, określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy o świadczeniach.
  - 6) Należy wpisać rodzaj i numer dokumentu oraz – jeżeli takie dane występują na dokumencie – jego datę wystawienia, datę ważności oraz numer prawa wykonywania zawodu osoby uprawnionej, która wystawiła dokument.
  - 7) W przypadku braku kodu UDI należy wskazać numer seryjny albo inny numer lub równoważny symbol jednoznacznie identyfikujący wyrób medyczny.
  - 8) Wynik weryfikacji obejmuje potwierdzenie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej oraz prawo do naprawy wyrobu medycznego.
  - 9) Kod właściwego dla pacjenta oddziału wojewódzkiego NFZ, który finansuje naprawę wyrobu medycznego.
  - 10) Wynik weryfikacji prawa do świadczeń opieki zdrowotnej: eWUŚ – w przypadku potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej dokumentem elektronicznym, o którym mowa w art. 50 ust. 3 ustawy o świadczeniach; dokument – w przypadku przedstawienia dokumentu papierowego potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej.
  - 11) Należy wskazać rodzaj i numer (o ile dotyczy) dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, np. oświadczenie pacjenta, decyzja wójta, burmistrza, prezydenta, a w przypadku osób uprawnionych do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji – rodzaj i numer dokumentu uprawniającego i oznaczenie instytucji właściwej, która wydała ten dokument.
  - 12) Numer identyfikacyjny REGON. Należy wskazać REGON – 9 cyfr dla praktyk zawodowych albo 14 cyfr dla jednostek organizacyjnych.
  - 13) W przypadku zleceń papierowych dopuszczalne jest wykorzystanie pieczętki albo naklejki zawierających dane z pól III.B.1–3.
  - 14) Należy zaznaczyć odpowiednio: eWUŚ – w przypadku potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej dokumentem elektronicznym, o którym mowa w art. 50 ust. 3 ustawy o świadczeniach; oświadczenie – w przypadku złożenia przez pacjenta oświadczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 2a, 6 albo ust. 9 ustawy o świadczeniach, albo dokument – w przypadku przedstawienia dokumentu papierowego potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej.
  - 15) Wypełnia się w przypadku, gdy osobą odbierającą jest inna osoba niż pacjent. W przypadku pacjenta wypełnia się, jeżeli dane pacjenta zamieszczone w części I.A uległy zmianie.
  - 16) W przypadku zaznaczenia pola „paszport” należy wpisać państwo wydania, a w przypadku zaznaczenia „inny” należy wpisać rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość oraz państwo jego wydania.