

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 25 maja 2023 r. (Dz. U. poz. 1127)

Załącznik nr 1

WZÓR*

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 UPRAWNIIONA 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⁾																									
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <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>																									
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⁾																				
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <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>																									
I.B.8 Dokument stwierdzający tożsamość ⁴⁾			I.B.9 Seria i numer ⁴⁾																						
<input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> inny ⁷⁾			<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <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>																						
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 Ciąża 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
Do dali	OP		
	OL		
Do bliży	OP		
	OL		
Odległość źrenic mm			
I.D. DODATKOWE WSKAZANIA DO WYSTAWIENIA ZLECENIA (WYPEŁNIA OSOBA UPRAWNIONA 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	