

wzór zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze

**ORT POM**

Narodowy Fundusz Zdrowia  
**ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE**  
 w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środki pomocnicze

SAPODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY Nr 6  
 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach  
 Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka  
 im. Jana Pawła II  
 40-752 Katowice ul. Medyków 18 tel. (032) 207-16-41  
**PORADNIA NEUROLOGICZNA**  
 ul. Katowicka 122A tel. (032) 207-1000/0402

pięćdziesiąt jednostki kierującej, adres, telefon  
 kod, nazwa komórki organizacyjnej  
 numer identyfikacyjny świadczeniodawcy

Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach  
 Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka  
 im. Jana Pawła II  
 40-752 Katowice ul. Medyków 18 tel. (032) 207-16-41  
**PORADNIA NEUROLOGICZNA**  
 032 207 1000-032 121/101008/0402

I. Dane personalne świadczeniobiorcy PESEL \_\_\_\_\_

Numer dokumentu potwierdzającego uprawnienia \_\_\_\_\_

Nr legitymacji inwalidy wojennego / wojskowego (jeśli dotyczy) \_\_\_\_\_

Nazwisko (-a) WYSOCHAŃSKA

Imiona LEGA Data 10.04.2009

Adres: Kod: \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_

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

Rodzaj schorzenia – według klasyfikacji ICD10 D19.1 (E62)

Zaopatrzenie: prawostronne  lewostronne

Kod zaopatrzenia wyrobu medycznego będącego przedmiotem ortopedycznym / środka pomocniczego  
 ilość 1

Nazwa przedmiotu / środka WÓZEK INWALIDZI SPECJALNY DZIECIĘCY

Dodatkowe informacje, istotne przy doborze przedmiotu / środka ZESPÓŁ PRACZY-  
 WILI / DZIECIĘCE HADZIECIA MIĘSIACOWE  
 SPRAWIAJĄCA JAZDZIĄ LEŻĄCĄ

Jakiego miesiąca/okresu dotyczy zaopatrzenie 3 lata

Dysfunkcja stała  dysfunkcja czasowa  do stałego użytkowania

16.11.2009  
 Data wystawienia zlecenia

lek. med. JOLANTA  
 SPECJALISTA NEUROLOGII DZIECIĘCEJ  
 PEDIATRA  
 ID ZUS \_\_\_\_\_  
 Płecząka i podpis \_\_\_\_\_

WYPELNIŁ PRACOWNIK NFZ LUB REALIZATOR ZAOPATRZENIA

II. Poświadzenie prawa do uzyskania wyrobu medycznego będącego przedmiotem ortopedycznym lub środka pomocniczego bezpłatnie lub za częściową odpłatnością:

Nr Oddziału NFZ: 08

Kod przedmiotu / środka: P1P4.03 Zlecenie ważne do 13.02.2010

Limit cenowy 1800 zł Refundacja NFZ w % 100 do limitu

Ostatnio otrzymane przedmioty / środki tego rodzaju (tęta): \_\_\_\_\_

Opole, Oddział Wojewódzki  
 NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA  
 ul. Katowicka 37  
16.12.2009, Wydział Świadczeń  
 Opieki Zdrowotnej  
 Podpis i pieczęć pracownika NFZ lub Realizatora zlecenia (zaopatrzenie comiesięczne) \_\_\_\_\_

WYPELNIŁ REALIZATOR I OSOBA ODBIERAJĄCA

III. Potwierdzenie odbioru wyrobu medycznego będącego przedmiotem ortopedycznym / środka pomocniczego:

Pieczeńka zakładu \_\_\_\_\_ data przyjęcia do realizacji \_\_\_\_\_

Ilość przedmiotów / środków \_\_\_\_\_ Rodzaj (typ, nr fabryczny, itp.) \_\_\_\_\_

Kwota refundacji \_\_\_\_\_ kwota zapłacona przez ubezpieczonego \_\_\_\_\_

Potwierdzam odbiór prawidłowo wykonanego przedmiotu / środka

Podpis Realizatora \_\_\_\_\_  
21.12.2009  
 Data odbioru

Aleksandra Wysochańska Wysochańska  
 Nazwisko, Imię i podpis odbierającego Aleksandra

83081519328  
 PESEL osoby odbierającej

Uwaga:  
 • Jeżeli cena wydanego wyrobu medycznego będącego przedmiotem ortopedycznym / środka pomocniczego jest niższa lub równa określonej limitowi ceny NFZ należy obciążyć ceną wyrobu medycznego będącego przedmiotem ortopedycznym / środka pomocniczego w przypadku refundacji pełnej lub na kwotę stanowiącą 50, 70% ceny wyrobu medycznego będącego przedmiotem ortopedycznym / środka pomocniczego w przypadku refundacji częściowej. W podanym przypadku oraz w sytuacji, gdy cena wyrobu medycznego będącego przedmiotem ortopedycznym / środka pomocniczego jest wyższa niż określony limit – różnicę oraz kwotę ponad limit pokrywa świadczeniobiorca.