

<b>ORT POM</b>	Narodowy Fundusz Zdrowia																					
	<b>ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środki pomocnicze</b>																					
<b>WYPEŁNIA ZLECAJĄCY</b>	pieczęć jednostki kierującej, adres, telefon kod, nazwa komórki organizacyjnej numer identyfikacyjny świadczeniodawcy																					
	<b>I. Dane personalne świadczeniobiorcy</b>	<b>PESEL</b> <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; 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>																				
	Numer dokumentu potwierdzającego uprawnienia _____																					
	Nr legitymacji inwalidy wojennego/wojskowego/osoby represjonowanej (jeśli dotyczy) _____																					
	Nazwisko (-a) _____																					
	Imiona _____	Data _____																				
	<b>Adres:</b>	Kod : <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> - <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> Miejscowość _____																				
Ulica _____ nr domu _____ m. _____																						
Rodzaj schorzenia upoważniającego – według klasyfikacji ICD-10 <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																						
Zaopatrzenie: prawostronne <input type="checkbox"/> lewostronne <input type="checkbox"/>																						
Kod zaopatrzenia wyrobu medycznego będącego przedmiotem ortopedycznym/środka pomocniczego <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; 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>																						
ilość _____																						
Nazwa przedmiotu / środka _____																						
Dodatkowe informacje, istotne przy doborze przedmiotu / środka _____																						
----- _____																						
Jakiego miesiąca/okresu dotyczy zaopatrzenie _____																						
Dysfunkcja stała <input type="checkbox"/> dysfunkcja czasowa <input type="checkbox"/> do stałego użytkowania <input type="checkbox"/>																						
Data wystawienia zlecenia _____ Pieczęćka i podpis osoby uprawnionej do wystawienia zlecenia _____																						

<b>WYPEŁNIA PRACOWNIK NFZ LUB REALIZATOR ZAOPATRZENIA</b>	<b>II. Potwierdzenie prawa do uzyskania wyrobu medycznego będącego przedmiotem ortopedycznym lub środka pomocniczego bezpłatnie lub za częściową odpłatnością:</b>	
	Nr Oddziału NFZ : .....	
Kod przedmiotu / środka: _____ Zlecenie ważne do _____		
Limit cenowy _____ Refundacja NFZ w % _____		
Ostatnio otrzymane przedmioty / środki tego rodzaju (data): _____		
Podpis i pieczęćka pracownika NFZ lub Realizatora zlecenia (zaopatrzenie comiesięczne)		
<b>WYPEŁNIA REALIZATOR I OSOBA ODBIERAJĄCA</b>	<b>III. Potwierdzenie odbioru wyrobu medycznego będącego przedmiotem ortopedycznego / środka pomocniczego:</b>	
	_____	
	Pieczęćka 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	Nazwisko, imię i podpis odbierającego
	_____	_____
	Data odbioru	PESEL osoby odbierającej
<b>Uwaga:</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>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 określa limit – różnicę oraz kwotę ponad limit pokrywa świadczeniobiorca.</li> </ul>		