

ORT POM	Narodowy Fundusz Zdrowia ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze	Numer ewidencyjny zlecenia numer Karty zaopatrzenia comiesięcznego	
	pieczęć jednostki kierującej, adres, telefon kod, nazwa komórki organizacyjnej numer identyfikacyjny świadczeniodawcy		
WYPEŁNIA LEKARZ ZLECAJĄCY	I. Dane personalne pacjenta	PESEL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	Numer dokumentu potwierdzającego uprawnienia _____		
	Nr legitymacji inwalidy wojennego/wojskowego (jeśli dotyczy) _____		
	Nazwisko (-a) _____		
	Imiona _____ Data urodzenia _____		
	Adres: Kod: <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Miejscowość: _____		
	Ulica _____ nr domu _____ m. _____		
	Rodzaj schorzenia według klasyfikacji ICD-10 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	Zaopatrzenie: prawostronne <input type="checkbox"/> lewostronne <input type="checkbox"/>		
	Kod zaopatrzenia przedmiotu ortopedycznego / środka pomocniczego <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ilość _____		
Nazwa przedmiotu / środka _____			
Dodatkowe informacje, istotne przy doborze przedmiotu / środka _____			
Za jaki miesiąc/okres _____ (dotyczy zaopatrzenie)			
Dysfunkcja stała <input type="checkbox"/> dysfunkcja czasowa <input type="checkbox"/> do stałego użytkowania <input type="checkbox"/>			
W przypadku zlecenia na sprzęt stomijny zaznaczyć właściwy rodzaj stomii: <input type="checkbox"/> kolostomia <input type="checkbox"/> ileostomia <input type="checkbox"/> urostomia			

Data wystawienia zlecenia

Pieczętka i podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego

WYPEŁNIA PRACOWNIK NFZ LUB REALIZATOR ZAOPATRZENIA	II. Potwierdzenie prawa do uzyskania przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego bezpłatnie lub za częściową odpłatnością:
	Nr Oddziału NFZ: _____ Kod przedmiotu / środka: _____ Zlecenie ważne do _____ Limit cenowy _____ Refundacja NFZ w % _____ Ostatnio otrzymane przedm. ortop. / śr. pom. tego rodzaju (data): _____ Podpis i pieczętka pracownika NFZ lub Realizatora zlecenia (zaopatrzenie comiesięczne) _____
WYPEŁNIA REALIZATOR I OSOBA ODBIERAJĄCA	III. Potwierdzenie odbioru przedmiotu ortopedycznego / środka pomocniczego:
	_____ Pieczętka nagłówkowa 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
	UWAGA:
	<ul style="list-style-type: none"> ■ W przypadku gdy odbioru dokonuje osoba inna niż ubezpieczony, dla którego wystawione jest zlecenie należy do zlecenia dołączyć upoważnienie lub oświadczenie osoby odbierającej. ■ Jeżeli cena wydanego przedmiotu ortopedycznego/środka pomocniczego jest niższa lub równa określonej limitowi ceny NFZ należy obciążyć ceną przedmiotu ortopedycznego/środka pomocniczego w przypadku refundacji pełnej lub na kwotę stanowiącą 50, 70% ceny przedmiotu ortopedycznego/środka pomocniczego w przypadku refundacji częściowej. W podanym przypadku oraz w sytuacji, gdy cena przedmiotu ortopedycznego/środka pomocniczego jest wyższa niż określa limit różnicę oraz kwotę ponad limit pokrywa ubezpieczony.