

**NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA**

Numer ewidencyjny zlecenia 2-08-10-0008084-6

**ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE BĘDĄCE PRZEDMIOTAMI ORTOPEDYCZNYMI I ŚRODKI POMOOCNICZE (WYŁĄCZAJĄC WYEMOWLATY) COMIESIĘCZNIE**

**DLA NOWORODKÓW I DZIECI W WYKAZIE ŚRODKÓW POMOOCNICZYCH PRZYSŁUGUJĄCYCH**

pieczęć świadczeniodawcy: adres, telefon, kod, nazwa komórki organizacyjnej; numer identyfikacyjny świadczeniodawcy

**I. Dane świadczeniobiorcy** PESEL [ ]

W przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL - rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, a przypadku noworodka - data urodzenia. AO 000356766

Nazwa i numer dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej/dodatkowe uprawnienia

Nazwisko Nyrczakowska

Imię (Imiona) Jolanta

Adres zamieszkania

Kod pocztowy: 48-100 Miejscowość: Głubiszyn

Ulica \_\_\_\_\_ nr domu 1 m. \_\_\_\_\_

**KOD PRZEDMIOTU ORTOPEDYCZNEGO (PO) / ŚRODKA POMOOCNICZEGO (SP)** P195 · 01 · [ ]

Określony w tabeli 1, 3 i 4 załącznika nr 1 do obowiązującego zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środkami pomocniczymi dla przedmiotu ortopedycznego (PO)/środka pomocniczego (SP) z wykazu zawartego rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze (Dz. U. Nr 139, poz. 1141) zwanym dalej „rozporządzeniem MZ”

Liczba sztuk [ ] / (SP) \_\_\_\_\_ Nazwa [ ] / (SP) \_\_\_\_\_

Dodatkowe informacje, istotne przy doborze (PO) / (SP)  
Hotelik rehabilitacyjny

**Soczewki okularowe korekcyjne**

		Sfera	Cylinder	Oś	Pryzma	
Do dali	OP					Odl. źrenic
	OL					.....mm
Do blizy	OP					Odl. źrenic
	OL					.....mm

Rodzaj schorzenia- według klasyfikacji ICD-10 [Q199]

Dysfunkcja trwała  Dysfunkcja czasowa

Zaopatrzenie w (PO) / (SP):  
prawostronne  lewostronne  nie dotyczy

17.02.10d

Data wystawienia zlecenia

Pieczęć i podpis osoby uprawnionej do wystawienia zlecenia

*lek. med. Julia Paszura  
Specjalista Rehabilitacji Medycznej*