

Unikalny numer identyfikacyjny (nadany przez NFZ)		Kod kreskowy (nadany przez NFZ)	
CZĘŚĆ III. REALIZACJA ZLECENIA U ŚWIADCZENIODAWCY (WYPEŁNIA I DRUKUJE ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE WEDŁUG STANU NA DZIEŃ PRZYJĘCIA DO REALIZACJI ⁴⁾)			
III.A. PRZYJĘCIE DO REALIZACJI ZLECENIA			
III.A.1 Data przyjęcia do realizacji	III.A.2 <input type="checkbox"/> częściowa realizacja zlecenia	III.A.3 Miesiąc albo miesiące, których dotyczy realizacja zlecenia (słownie)	
III.B DANE ŚWIADCZENIODAWCY REALIZUJĄCEGO ZLECENIE			
III.B.1 Nazwa świadczeniodawcy		III.B.2 REGON ⁵⁾	
III.B.3 Adres miejsca udzielania świadczeń: kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer domu lub lokalu		III.B.4 Numer umowy z NFZ	
III.C. POTWIERDZENIE POSIADANIA PRAWA DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ I LIMITU FINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH			
III.C.1 Czy pacjent posiada prawo do świadczeń opieki zdrowotnej? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK - OŚWIADCZENIE ⁶⁾		III.C.2 Czy pacjent dysponuje nowymi uprawnieniami dodatkowymi lub innymi uprawnieniami? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
III.C.3 Rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego uprawnienia dodatkowe z pkt III.C.2		III.C.4 Czy zmiana wieku pacjenta wpływa na limit finansowania? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY	
III.C.5 Czy nastąpiła zmiana limitu finansowania? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		III.C.6 Limit finansowania	
III.C.7 Wysokość procentowego udziału NFZ w limicie finansowania			
CZĘŚĆ IV. POTWIERDZENIE WYDANIA WYROBU MEDYCZNEGO (DRUKUJE ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE)			
IV.A. DANE DOTYCZĄCE WYDANEGO WYROBU MEDYCZNEGO (WYPEŁNIA ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE)			
IV.A.1 Kod wyrobu medycznego	IV.A.2 Wytwórca, model, nazwa handlowa i numer seryjny ⁷⁾	IV.A.3 Liczba wydanych sztuk	IV.A.4 Cena detaliczna sztuki
IV.A.5 Informacja o miesiącu lub miesiącach, których dotyczy odbiór częściowy, jeżeli dotyczy			
IV.A.6 Łączna kwota		IV.A.7 Kwota refundacji	IV.A.8 Kwota dopłaty pacjenta
IV.B. POTWIERDZENIE WYDANIA WYROBU MEDYCZNEGO (WYPEŁNIA ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE)			
IV.B.1 Data wydania		IV.B.2 Imię (imiona), nazwisko i podpis	
IV.C. POTWIERDZENIE ODBIORU WYROBU MEDYCZNEGO (WYPEŁNIA OSOBA ODBIERAJĄCA)			
IV.C.1 Osoba odbierająca <input type="checkbox"/> pacjent <input type="checkbox"/> inna osoba odbierająca			
IV.C.2 Imię (imiona) ⁸⁾		IV.C.3 Nazwisko ⁸⁾	
IV.C.4 Numer PESEL ⁸⁾			
IV.C.5 Rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość ⁸⁾ (należy wypełnić w przypadku, gdy osoba odbierająca nie ma numeru PESEL) <input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> inny ³⁾		IV.C.6 Seria i numer ⁸⁾ (należy wypełnić w przypadku, gdy osoba odbierająca nie ma numeru PESEL)	
IV.C.7 Data odbioru		IV.C.8 Czytelny podpis osoby odbierającej zawierający imię (imiona) i nazwisko	

Objaśnienia:

⁴⁾ W przypadku realizowania zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne częściami świadczeniodawca realizujący zlecenie każdorazowo przy wydaniu wyrobu medycznego drukuje części III i IV wzoru.

⁵⁾ Numer identyfikacyjny REGON. Należy wskazać REGON – 9 cyfr dla praktyk zawodowych albo 14 cyfr dla jednostek organizacyjnych.

⁶⁾ Należy zaznaczyć w przypadku złożenia przez pacjenta albo jego przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika albo opiekuna faktycznego oświadczenia o potwierdzeniu posiadania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej.

⁷⁾ Numer seryjny należy wpisać, jeżeli został on nadany wydawanej sztuce wyrobu medycznego.

⁸⁾ Wypełnia się w przypadku, gdy osobą odbierającą jest inna osoba niż pacjent. W przypadku pacjenta wypełnia się, jeżeli dane pacjenta zamieszczone w sekcji I.A. uległy zmianie.