

WZÓR

**CZĘŚĆ I**

**WNIOSEK DO PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

o wydanie zgody na uzyskanie świadczenia opieki zdrowotnej albo jego kontynuację poza granicami kraju<sup>1)</sup>,  
na podstawie art. 42f ust. 1 albo art. 42i ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej  
finansowanych ze środków publicznych, oraz pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielenia świadczenia, na podstawie  
art. 42i ust. 2 pkt 1 tej ustawy

**INSTRUKCJA**

1. Wniosek należy WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI.
2. Osoby uprawnione do uzyskania świadczeń objętych niniejszym wnioskiem oraz osoby uprawnione do jego złożenia zostały wskazane w art. 42f ust. 1 i art. 42i ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
3. Części I.A, I.C i V wniosku wypełnia Narodowy Fundusz Zdrowia, zwany dalej „Funduszem”.
4. Części I.B, II i VI wniosku wypełnia osoba składająca wniosek.
5. Część III wniosku wypełnia lekarz ubezpieczenia zdrowotnego – specjalista właściwej dziedziny medycyny.
6. Część IV wniosku wypełnia konsultant wojewódzki.

**UWAGA**

1. Wniosek z wypełnionymi częściami I.B, II, III i VI oraz kopią dokumentacji medycznej składa się do Prezesa Funduszu.
2. Wniosek może zostać złożony również w formie dokumentu elektronicznego opatrzonego kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem osobistym albo podpisem zaufanym<sup>2)</sup>. Załączniki mogą być odwzorowane cyfrowo.
3. W przypadku dokumentacji medycznej sporządzonej w języku obcym do wniosku dołącza się tłumaczenie tej dokumentacji na język polski.

**I.A. DANE IDENTYFIKACYJNE WNIOSKU**

Data wpływu wniosku do Funduszu:  ..... (dd/mm/rr)	Oznaczenie komórki organizacyjnej Funduszu przyjmującej wniosek:
Numer identyfikacyjny wniosku:	Imię i nazwisko oraz czytelny podpis pracownika przyjmującego wniosek:

**I.B. PRZEDMIOT WNIOSKU**

(należy zakreślić pole 1.1 albo 2.1)

- 1.1.  Uzyskanie w innym państwie członkowskim UE lub EOG świadczenia opieki zdrowotnej zawartego w wykazie, o którym mowa w art. 42e ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w niżej wymienionym zagranicznym podmiocie udzielającym świadczeń zdrowotnych:
- .....

<sup>1)</sup> Wniosek dotyczy uzyskania świadczenia opieki zdrowotnej w jednym z państw członkowskich Unii Europejskiej lub państw będących stroną umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, zwanym dalej „państwem członkowskim UE lub EOG” – w przypadku zaznaczenia pola 1.1 w części I.B – albo w państwie członkowskim Unii Europejskiej lub Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), zwanym dalej „państwem członkowskim UE lub EFTA”, lub w Zjednoczonym Królestwie Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, zwanym dalej „Zjednoczonym Królestwem” – w przypadku zaznaczenia pola 2.1.

W drugim ze wskazanych wyżej przypadków (zaznaczenie pola 2.1) przedmiotem wniosku będzie uzyskanie świadczenia opieki zdrowotnej na zasadach określonych w unijnych przepisach o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego. W przypadku wydania zgody, o której mowa w art. 42i ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.), wnioskodawca otrzyma unijny dokument uprawniający go do uzyskania wnioskowanego świadczenia w wybranym zagranicznym podmiocie udzielającym świadczeń zdrowotnych, działającym w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej danego państwa członkowskiego UE lub EFTA lub Zjednoczonego Królestwa na takich samych zasadach, jak osoby ubezpieczone w tym państwie.

Zgodnie z art. 42f ust. 8 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, jeżeli wniosek spełnia warunki do wydania zgody, o której mowa w art. 42i ust. 1 tej ustawy (tj. zgody na uzyskanie świadczenia opieki zdrowotnej zgodnie z unijnymi przepisami o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego), należy wydać taką zgodę, nawet wówczas gdy we wniosku zakreślono pole 1.1, chyba że wnioskodawca sprzeciwi się takiemu rozstrzygnięciu, zakreślając pole 1.2.

Jeżeli wnioskodawca zakreśli pola 1.1 oraz 1.2, wyrazi tym samym jednoznaczną wolę rezygnacji z możliwości rozpatrzenia wniosku zgodnie z unijnymi przepisami o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego. W tym przypadku pozytywne rozpatrzenie wniosku nie będzie dawało prawa do uzyskania wnioskowanego świadczenia opieki zdrowotnej w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej danego państwa członkowskiego UE lub EFTA lub Zjednoczonego Królestwa, lecz będzie skutkowało jedynie możliwością skorzystania z takiego świadczenia na zasadach komercyjnych w jednym z państw członkowskich UE lub EOG i otrzymania następnie zwrotu kosztów takiego świadczenia od Funduszu po przedłożeniu opłaconego rachunku, przy czym należy zaznaczyć, że taki zwrot kosztów będzie ograniczony do wysokości stawek, według których Fundusz rozlicza się z polskimi świadczeniodawcami z tytułu udzielenia analogicznych świadczeń w ramach zawartych kontraktów.

<sup>2)</sup> Złożenie kwalifikowanego podpisu elektronicznego, podpisu osobistego albo podpisu zaufanego w odpowiednim polu w części VI wniosku jest tożsame ze złożeniem podpisu we wszystkich miejscach przeznaczonych na podpis tradycyjny.

(pełna nazwa i dane kontaktowe zagranicznego podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych: adres, numer telefonu/faksu, adres poczty elektronicznej)

(uzasadnienie wyboru wskazanego zagranicznego podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych)

- 1.2.  Sprzeciwiam się wydaniu zgody na uzyskanie świadczenia na zasadach określonych w unijnych przepisach o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego.

Miejscowość: ..... Data: .....  
(dd/mm/rr)

Czytelny podpis osoby składającej wniosek: .....

- 2.1.  Uzyskanie w innym państwie członkowskim UE lub EFTA lub w Zjednoczonym Królestwie świadczenia opieki zdrowotnej albo jego kontynuacja, na zasadach określonych w unijnych przepisach o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, w niżej wymienionym zagranicznym podmiocie udzielającym świadczeń zdrowotnych:

(pełna nazwa i dane kontaktowe zagranicznego podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych: adres, numer telefonu/faksu, adres poczty elektronicznej)

(uzasadnienie wyboru wskazanego zagranicznego podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych)

- 2.2.  Pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielenia świadczeń.

3.  Wnoszę o przesłanie wniosku do konsultanta wojewódzkiego w celu zaopiniowania.

**I.C. WSKAZANIE PRZEZ PREZESA FUNDUSZU ŚWIADCZENIODAWCY, KTÓRY PRZEPROWADZI LECZENIE LUB BADANIA DIAGNOSTYCZNE W ZAKRESIE OBJĘTYM WNIOSKIEM NA TERYTORIUM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ<sup>3)</sup>**

W terminie: .....  
(dd/mm/rr)

W:

(pełna nazwa i dane kontaktowe świadczeniodawcy: adres, numer telefonu/faksu, adres poczty elektronicznej)

Podpis Prezesa Funduszu albo osoby przez niego upoważnionej:

**CZĘŚĆ II**

**II.A. DANE OSOBY, KTÓREJ DOTYCZY WNIOSK**

1 Imię i nazwisko:

2 Numer PESEL, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość i datę urodzenia:

<sup>3)</sup> Prezes Funduszu może wskazać świadczeniodawcę posiadającego umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Funduszem, który przeprowadzi leczenie lub badania diagnostyczne w zakresie objętym wnioskiem w terminie wcześniejszym niż czas oczekiwania osoby, której dotyczy wniosek.

3	Adres zamieszkania:	Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania):
4	Numer telefonu lub adres poczty elektronicznej (w przypadku posiadania):	
<b>II.B. DANE OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK</b>		
(wypełnić, jeżeli wniosek składa przedstawiciel ustawowy, małżonek, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba upoważniona przez świadczeniobiorcę)		
1	Imię i nazwisko:	
2	Numer PESEL, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość i datę urodzenia:	
3	Adres zamieszkania:	Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania):
4	Numer telefonu lub adres poczty elektronicznej (w przypadku posiadania):	
<b>II.C. OŚWIADCZENIE</b>		
<p>Oświadczam, że osoba, której dotyczy niniejszy wniosek, jest wpisana na listę oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej wskazanego w części III.B w pkt 4 wniosku, prowadzoną przez:</p> <p>.....  (nazwa i adres świadczeniodawcy)</p> <p>jako zakwalifikowana do kategorii medycznej: przypadek pilny / przypadek stabilny (niepotrzebne skreślić),  ze wskazaniem terminu udzielenia świadczenia: .....  (dd/mm/rr)</p> <p>Miejscowość: ..... Data: .....  (dd/mm/rr)</p> <p>Czytelny podpis osoby składającej wniosek: .....</p>		

<b>CZĘŚĆ III</b>		
<b>III.A. DANE LEKARZA WYPEŁNIAJĄCEGO WNIOSEK</b>		
1	Imię i nazwisko lekarza oraz pieczętka, nadruk albo naklejka zawierające numer prawa wykonywania zawodu oraz specjalizację lekarza:	
2	Pieczętka, nadruk albo naklejka zawierające nazwę i adres świadczeniodawcy, u którego lekarz udziela świadczeń opieki zdrowotnej	
<b>III.B. ZAKRES ŚWIADCZEŃ OBJĘTYCH WNIOSEM</b>		
1	Rozpoznanie kliniczne, którego dotyczy wniosek, oraz rozpoznania współistniejące (z zastosowaniem aktualnej międzynarodowej statystycznej klasyfikacji chorób i problemów zdrowotnych):	
2	Dotychczasowy przebieg choroby i zastosowane leczenie:	

3	Prognoza dotycząca prawdopodobnego dalszego przebiegu choroby:
4	Wskazanie szczegółowego zakresu leczenia lub badań diagnostycznych, których dotyczy wniosek (z zastosowaniem aktualnej Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Procedur Medycznych ICD-9):
5	Uzasadnienie leczenia w zagranicznym podmiocie udzielającym świadczeń zdrowotnych w odniesieniu do maksymalnego dopuszczalnego czasu oczekiwania pacjenta na to świadczenie:
6	Maksymalny dopuszczalny czas oczekiwania pacjenta na udzielenie świadczenia, którego dotyczy wniosek:  (do dnia) ..... (dd/mm/rr)
<b>III.C. WSKAZANIA DOTYCZĄCE TRANSPORTU DO MIEJSCA UDZIELENIA ŚWIADCZEŃ OBJĘTYCH WNIOSKIEM</b> (wypełnić, gdy osoba składająca wniosek zaznaczyła pola 2.1 oraz 2.2 w części I.B wniosku)	
Wskazanie środka transportu do miejsca udzielenia świadczeń:	
Opis stanu zdrowia pacjenta uzasadniający zastosowanie ww. środka transportu:	

Miejscowość: ..... Data wypełnienia wniosku: .....  
(dd/mm/rr)

Czytelny podpis lekarza wypełniającego wniosek: .....

## **CZĘŚĆ IV**

(wypełnia konsultant wojewódzki w zakresie wskazanym przez Prezesa Funduszu)

Imię i nazwisko, województwo, dziedzina medycyny, numer prawa wykonywania zawodu:

Miejscowość: ..... Data wypełnienia wniosku: .....  
(dd/mm/rr)

Czytelny podpis konsultanta wojewódzkiego: .....

## CZĘŚĆ V

(wypełnia Fundusz po weryfikacji wniosku)

1	Przedmiot wniosku:	<p>1.1. <input type="checkbox"/> Uzyskanie w innym państwie członkowskim UE lub EOG świadczenia opieki zdrowotnej zawartego w wykazie, o którym mowa w art. 42e ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.</p> <p>1.2. <input type="checkbox"/> Uzyskanie w innym państwie członkowskim UE lub EFTA lub w Zjednoczonym Królestwie świadczenia opieki zdrowotnej albo jego kontynuacja – w przypadku świadczeń udzielanych zgodnie z przepisami o koordynacji.</p> <p>1.2.1. <input type="checkbox"/> Pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielania świadczeń.</p>
2	Przewidywane koszty wnioskowanego leczenia lub badań diagnostycznych:	<p>Koszty leczenia lub badań diagnostycznych w kraju (kwota do zwrotu):</p> <p>.....</p> <p>(wypełnić, gdy w pkt 1 zaznaczono pole 1.1)</p> <p>Koszty leczenia lub badań diagnostycznych za granicą:</p> <p>.....</p>
3	Rodzaj środka transportu oraz przewidywane koszty transportu do miejsca udzielenia świadczeń w innym państwie członkowskim UE lub EFTA lub w Zjednoczonym Królestwie (wypełnić, gdy w pkt 1 zaznaczono pola 1.2 i 1.2.1):	<p>.....</p> <p>(środek transportu)</p> <p>.....</p> <p>(koszty transportu)</p>
4	<p>Miejscowość: ..... Data: ..... (dd/mm/rr)</p> <p>Czytelny podpis pracownika właściwej komórki organizacyjnej Funduszu:</p> <p>.....</p>	

