

**ORT  
POM**

**ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE  
w wyroby medyczne będące przedmiotami  
ortopedycznymi i środki pomocnicze**

pieczęć jednostki kierującej, adres, telefon  
kod, nazwa komórki organizacyjnej  
numer identyfikacyjny świadczeniodawcy

**I. Dane personalne świadczeniobiorcy**      **PESEL**     

Numer dokumentu potwierdzającego uprawnienia \_\_\_\_\_

Nr legitymacji inwalidy wojennego/wojskowego/osoby represjonowanej (jeśli dotyczy) \_\_\_\_\_

Nazwisko (-a) \_\_\_\_\_

Imiona \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

**Adres:**      Kod:       -       Miejscowość \_\_\_\_\_

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

Rodzaj schorzenia upoważniającego – według klasyfikacji ICD-10     

Zaopatrzenie:    prawostronne     lewostronne

Kod zaopatrzenia wyrobu medycznego będącego przedmiotem ortopedycznym / środka pomocniczego

ilość \_\_\_\_\_

Nazwa przedmiotu / środka \_\_\_\_\_

Dodatkowe informacje, istotne przy doborze przedmiotu / środka \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Jakiego miesiąca/okresu dotyczy zaopatrzenie \_\_\_\_\_

Dysfunkcja stała     dysfunkcja czasowa     do stałego użytkowania

WYPEŁNIA ZLECAJĄCY

Data wystawienia zlecenia

Pieczętka i podpis osoby uprawnionej do wystawienia zlecenia

WYPELNI PRACOWNIK NFZ LUB REALIZATOR ZAOPATRZENIA	<p><b>II. Potwierdzenie prawa do uzyskania wyrobu medycznego będącego przedmiotem ortopedycznym lub środka pomocniczego bezpłatnie lub za częściową odpłatnością:</b></p> <p>Nr Oddziału NFZ: .....</p> <p>Kod przedmiotu / środka: _____ Zlecenie ważne do _____</p> <p>Limit cenowy _____ Refundacja NFZ w % _____</p> <p>Ostatnio otrzymane przedmioty / środki tego rodzaju (data): _____</p> <p>_____</p> <p>Podpis i pieczętka pracownika NFZ lub Realizatora zlecenia (zaopatrzenie comiesięczne)</p>
WYPELNI REALIZATOR I OSOBA ODBIERAJĄCA	<p><b>III. Potwierdzenie odbioru wyrobu medycznego będącego przedmiotem ortopedycznym / środka pomocniczego:</b></p> <p>_____ data przyjęcia do realizacji</p> <p>Pieczętka zakładu _____</p> <p>Ilość przedmiotów / środków _____ Rodzaj (typ, nr fabryczny itp.) _____</p> <p>Kwota refundacji _____ kwota zapłacona przez ubezpieczonego _____</p> <p style="text-align: right;">Potwierdzam odbiór prawidłowo wykonanego przedmiotu/środka</p> <p>_____ Nazwisko, imię i podpis odbierającego</p> <p>Podpis Realizatora _____</p> <p>_____ PESEL osoby odbierającej</p> <p>Data odbioru _____</p> <p><b>Uwaga:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jeżeli cena wydanego wyrobu medycznego będącego przedmiotem ortopedycznym/środka pomocniczego jest niższa lub równa określone 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>