

## WZÓR

<b>A.1. IDENTYFIKACJA WNIOSKU</b>		
1. Numer wniosku <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"/> <input type="text"/>		
<b>A.2. WNIOSEK W SPRAWIE</b>		
2. Sprawozdania lub rozliczenia świadczeń <input type="checkbox"/> które zostały wykonane ponad limit dni określony w aktach prawnych określających warunki zawierania i realizacji umów		
<b>B. WNIOSKOWANIE</b>		
<input type="checkbox"/> 3. wnioskowanie po raz pierwszy		<input type="checkbox"/> 4. kolejny wniosek o zgodę
<b>C. DANE ŚWIADCZENIODAWCY SKŁADAJĄCEGO WNIOSEK</b>		
5. Nazwa <input type="text"/> <input type="text"/>		
6. Nr umowy <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"/> <input type="text"/>		
7. Zakres świadczeń <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"/>		
8. Numer prawa wykonywania zawodu lekarza wnioskującego <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
<b>D. DANE ŚWIADCZENIOBIORCY</b>		
9. Imię <input type="text"/>		10. Nazwisko <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 11. Typ identyfikatora (zgodnie z rozporządzeniem MZ) <input type="checkbox"/> PESEL <input type="checkbox"/> PESEL - opiekuna <input type="checkbox"/> osobisty numer identyfikacyjny <input type="checkbox"/> seria i numer dowodu osobistego <input type="checkbox"/> seria i numer paszportu <input type="checkbox"/> nazwa, seria i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość <input type="checkbox"/> identyfikator NN <input type="checkbox"/> identyfikator NW		
12. Identyfikator <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"/> <input type="text"/>	12a. Płeć (gdy typ identyfikatora inny niż PESEL świadczeniobiorcy) <input type="checkbox"/>	12b. Data urodzenia (gdy typ identyfikatora inny niż PESEL świadczeniobiorcy/inny niż NN i NW) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>E. RODZAJ ŚWIADCZENIA</b>		
<input type="checkbox"/> 13. świadczenie udzielane jednorazowo		<input type="checkbox"/> 14. świadczenie udzielane cyklicznie
<b>F. DANE ŚWIADCZENIA, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK</b>		
<b>F.1. PRZYCZYNY UDZIELENIA ŚWIADCZENIA W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI SCHORZEŃ ICD 10</b>		
15. Kod rozpoznania zasadniczego <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>		
16. Kod pierwszego rozpoznania współistniejącego <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>		
17. Kod drugiego rozpoznania współistniejącego <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>		
18. Kod trzeciego rozpoznania współistniejącego <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>		

**F.2. ISTOTNE PROCEDURY MEDYCZNE JAKIE WYSTĄPIŁY W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI PROCEDUR MEDYCZNYCH**

19. Kod procedury medycznej □□ . □□□□	20. Kod procedury medycznej □□ . □□□□
21. Kod procedury medycznej □□ . □□□□	22. Kod procedury medycznej □□ . □□□□
23. Kod procedury medycznej □□ . □□□□	24. Kod procedury medycznej □□ . □□□□
25. Kod procedury medycznej □□ . □□□□	26. Kod procedury medycznej □□ . □□□□
27. Kod procedury medycznej □□ . □□□□	28. Kod procedury medycznej □□ . □□□□

**F.3 DANE SPRAWOZDAWANEJ LUB ROZLICZANEJ JGP/ŚWIADCZENIA**

29. Kod JGP □□□□	29a. Kod świadczenia □ . □□□□ . □□□□ . □□□□
---------------------	--

**G. UZASADNIENIE****G.1. UZASADNIENIE** konieczności przedłużenia pobytu ponad limit dni określony w aktach prawnych określających warunki zawierania i realizacji umów

30. Opis

---

---

---

---

---

---

---

---

**H. Terminy udzielania świadczeń**

31. Data początku udzielania świadczenia (RRRR-MM-DD)

□□□□ - □□ - □□**H1. WNIOSKUJĘ O SPRAWOZDANIE LUB ROZLICZENIE PRZEDŁUŻENIA WYKONYWANIA ŚWIADCZENIA W TERMINIE:**

32. Data od (RRRR-MM-DD)

□□□□ - □□ - □□

33. Data do (RRRR-MM-DD)

□□□□ - □□ - □□**I. POTWIERDZENIE FORMALNE WNIOSKU**

34. Data (RRRR-MM-DD)

□□□□ - □□ - □□

35. Świadczeniodawca\*

---