

WZÓR

A.1. IDENTYFIKACJA WNIOSKU		
1. Numer wniosku <input type="text"/> - <input type="text"/>		
A.2. WNIOSEK W SPRAWIE		
2. Sprawozdania lub rozliczenia świadczeń <input type="checkbox"/> udzielonych niezgodnie z płcią świadczeniobiorcy <input type="checkbox"/> udzielonych niezgodnie z wiekiem świadczeniobiorcy		
B. WNIOSKOWANIE		
<input type="checkbox"/> 3. wnioskowanie po raz pierwszy		<input type="checkbox"/> 4. kolejny wniosek o zgodę
C. DANE ŚWIADCZENIODAWCY SKŁADAJĄCEGO WNIOSEK		
5. Nazwa <hr/> <hr/>		
6. Nr umowy <input type="text"/>		
7. Zakres świadczeń <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>		
8. Numer prawa wykonywania zawodu lekarza wnioskującego (dla Świadczeniodawców zatrudniających lekarza)* <input type="text"/>		
*w przypadku, gdy świadczeniodawca nie zatrudnia lekarza w przedmiotowym zakresie należy wypełnić pole 8a		
8a. PESEL osoby wnioskującej <input type="text"/>		
D. DANE ŚWIADCZENIOBIORCY		
9. Imię <hr/>		10. Nazwisko <hr/>
<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"/>	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"/>
E. RODZAJ ŚWIADCZENIA		
<input type="checkbox"/> 13. świadczenie udzielane jednorazowo		<input type="checkbox"/> 14. świadczenie udzielane cyklicznie
F. DANE ŚWIADCZENIA, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK		
F.1. PRZYCZYNY UDZIELENIA ŚWIADCZENIA W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI SCHORZEŃ ICD 10		
15. Kod rozpoznania zasadniczego <input type="text"/> . <input type="text"/>		
16. Kod pierwszego rozpoznania współistniejącego <input type="text"/> . <input type="text"/>		
17. Kod drugiego rozpoznania współistniejącego <input type="text"/> . <input type="text"/>		
18. Kod trzeciego rozpoznania współistniejącego <input type="text"/> . <input type="text"/>		

F.2. ISTOTNE PROCEDURY MEDYCZNE W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI PROCEDUR MEDYCZNYCH PLANOWANE DO REALIZACJI (w przypadku wniosku składanego przed rozpoczęciem realizacji świadczenia) ALBO ZREALIZOWANE

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 (należy wypełnić, jeżeli wnioskodawca w sekcji E. zaznaczył „świadczenie udzielane jednorazowo”)

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

G. UZASADNIENIE

G.1. UZASADNIENIE KONIECZNOŚCI UDZIELENIA ŚWIADCZENIA NIEZGODNIE Z WIEKIEM ŚWIADCZENIOBIORCY (należy wypełnić, jeżeli wnioskodawca w sekcji A.2. zaznaczył „udzielonych niezgodnie z wiekiem świadczeniobiorcy”)

<input type="checkbox"/>	- 30. Brak placówki dla dorosłych w OW NFZ
<input type="checkbox"/>	- 31. Rozpoznanie typowe dla pacjentów niepełnoletnich
<input type="checkbox"/>	- 32. Inne - podaj jakie

Opis (uzupełniany gdy wybrano poz. 32)

<input type="checkbox"/>	- 33. Rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego kontynuację nauki (wypełniane w przypadku REH, SPO)
--------------------------	---

--

G.2. UZASADNIENIE KONIECZNOŚCI UDZIELENIA ŚWIADCZENIA NIEZGODNIE Z PŁCIĄ ŚWIADCZENIOBIORCY (należy wypełnić, jeżeli wnioskodawca w sekcji A.2. zaznaczył „udzielonych niezgodnie z płcią świadczeniobiorcy”)

34. Opis

H. WNIOSKUJĘ O SPRAWOZDANIE LUB ROZLICZENIE ŚWIADCZENIA WYKONANEGO W TERMINIE:

35. Data od (RRRR-MM-DD) □□□□ - □□ - □□	36. Data do (RRRR-MM-DD) □□□□ - □□ - □□
--	--

I. POTWIERDZENIE FORMALNE WNIOSKU

37. Data (RRRR-MM-DD) □□□□ - □□ - □□	38. Świadczeniodawca**
---	------------------------