

WZÓR

CZĘŚĆ I**WNIOSEK DO PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

O WYDANIE ZGODY NA UZYSKANIE ŚWIADCZENIA OPIEKI ZDROWOTNEJ ALBO NA KONTYNUACJĘ TEGO ŚWIADCZENIA POZA GRANICAMI KRAJU¹⁾, ZE WZGLĘDU NA ZBYT DŁUGI CZAS OCZEKIWANIA NA UDZIELENIE ŚWIADCZENIA W KRAJU, ORAZ POKRYCIE KOSZTÓW TRANSPORTU DO MIEJSCA UDZIELENIA ŚWIADCZEŃ

INSTRUKCJA

- Wniosek należy WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI,
- 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 (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, z późn. zm.),
- Część I.A, I.C oraz V wniosku wypełnia Narodowy Fundusz Zdrowia, zwany dalej „Funduszem”,
- Część I.B oraz części II i VI wniosku wypełnia osoba składająca wniosek,
- Część III wniosku wypełnia lekarz ubezpieczenia zdrowotnego – specjalista właściwej dziedziny medycyny,
- Część IV wniosku wypełnia konsultant wojewódzki

UWAGA:

- Wniosek z wypełnioną częścią I.B, II, III i VI oraz kopią dokumentacji medycznej składa się do Prezesa Funduszu.
- Wniosek może zostać złożony również w formie dokumentu elektronicznego opatrzonego kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem osobistym albo podpisem zaufanym.²⁾ Załączniki mogą być odwzorowane cyfrowo.
- 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 Unii Europejskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – stronie umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, zwanych dalej „państwami członkowskimi 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:

.....
.....
.....
(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 społecznego³⁾:

¹⁾ Wniosek dotyczy uzyskania świadczenia opieki zdrowotnej w jednym z państw członkowskich UE lub EOG – w przypadku zaznaczenia pola 1.1 w części I.B albo w jednym z państw członkowskich Unii Europejskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), zwanych dalej „państwami członkowskimi UE lub EFTA” – w przypadku zaznaczenia pola 2.1.

²⁾ 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.

³⁾ 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, chyba że wnioskodawca sprzeciwi się takiemu rozstrzygnięciu. W razie wydania zgody, o której mowa w art. 42i ww. ustawy, wnioskodawca otrzyma dokument uprawniający go do uzyskania określonego świadczenia opieki zdrowotnej w zagranicznym podmiocie udzielającym świadczeń zdrowotnych działającym w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej danego państwa członkowskiego UE lub EFTA, na takich samych zasadach jak osoby ubezpieczone w tym państwie. W tym przypadku wnioskodawca nie będzie miał natomiast możliwości uzyskania świadczenia w zagranicznym podmiocie udzielającym świadczeń zdrowotnych działającym poza publicznym systemem opieki zdrowotnej danego państwa członkowskiego UE lub EOG i otrzymania zwrotu kosztów takiego świadczenia od Funduszu na podstawie zapłaconego rachunku.

Miejscowość: Data:
(dd/mm/rr)

Czytelny podpis osoby składającej wniosek:

2.1. uzyskanie w innym państwie członkowskim UE lub EFTA 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)

oraz

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 POLSKIEJ⁴⁾

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 WNIOSEK

1. Imię i nazwisko:

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

3. Adres zamieszkania:

3a. Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania):

4. Numer telefonu lub adres poczty elektronicznej (w przypadku posiadania):

II.B. DANE OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK

(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):

5. Imię i nazwisko:

⁴⁾ 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.

6. Numer PESEL, a w przypadku jego braku – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość i datę urodzenia:	
7. Adres zamieszkania:	7a. Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania):
8. Numer telefonu lub adres poczty elektronicznej (w przypadku posiadania):	
II.C. OŚWIADCZENIE	
<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:, będąc (nazwa i adres świadczeniodawcy)</p> <p>zakwalifikowaną 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>	

CZĘŚĆ III	
III.A. DANE LEKARZA WYPEŁNIAJĄCEGO WNIOSEK	
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:
3.	Numer umowy z NFZ:
III.B. ZAKRES ŚWIADCZEŃ OBJĘTYCH WNIOSKIEM	
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, co do 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 aspekcie 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)
III.C. WSKAZANIA DOTYCZĄCE TRANSPORTU DO MIEJSCA UDZIELENIA ŚWIADCZEŃ OBJĘTYCH WNIOSKIEM (wypełnić, gdy osoba składająca wniosek zaznaczyła pole 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:	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 1.2. <input type="checkbox"/> uzyskanie w innym państwie członkowskim UE lub EFTA świadczenia opieki zdrowotnej albo jego kontynuacja, w przypadku świadczeń udzielanych zgodnie z przepisami o koordynacji, oraz 1.2.1. <input type="checkbox"/> pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielania świadczeń
2.	Przewidywane koszty wnioskowanego leczenia lub badań diagnostycznych:	Koszty leczenia lub badań diagnostycznych w kraju (kwota do zwrotu): (wypełnić, gdy w pkt 1 zaznaczono pole 1.1) Koszty leczenia lub badań diagnostycznych za granicą:
3.	Rodzaj środka oraz przewidywane koszty transportu do miejsca udzielenia świadczeń w innym państwie członkowskim UE lub EFTA (wypełnić, gdy w pkt 1 zaznaczono pola 1.2 i 1.2.1): (środek transportu) (koszty transportu)
4.	Miejscowość: Data: (dd/mm/rr) Czytelny podpis pracownika właściwej komórki organizacyjnej Funduszu: 	

