**Szanowni Państwo,**

Poniższy formularz przygotowany został w celu ułatwienia uzyskania informacji o wysokości kwoty zwrotu kosztów leczenia, poniesionych w państwach członkowskich Unii Europejskiej lub Europejskiego Obszaru Gospodarczego zgodnie z artykułem 42b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.)

Dane uzyskane w formularzu posłużą NFZ jedynie do wyliczenia **przybliżonej** kwoty zwrotu, a wśród nich najbardziej przydatną informacją będzie kod procedury albo choroby, jakiej dotyczy zapytanie, nadany według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – ICD-10 oraz Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych – ICD-9, znanych powszechnie lekarzom. Niewskazanie kodu nie spowoduje odrzucenia zapytania, wpłynie jedynie na mniej precyzyjną odpowiedź NFZ dotyczącą wysokości możliwej kwoty zwrotu. Prosimy o staranne wypełnienie formularza celem umożliwienia pracownikowi oddziału wojewódzkiego Funduszu dokonania orientacyjnej wyceny świadczenia. **Rzetelność wyceny zależy w dużym stopniu od jakości uzyskanych od Państwa informacji.**

Udzielona na zapytanie odpowiedź nie stanowi podstawy rozliczenia świadczenia udzielanego za granicą ani roszczeń o zwrot kosztów jego udzielenia.

**Proszę wskazać sposób przekazania przez NFZ informacji:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***poczta***  |  | ***poczta elektroniczna*** |  | ***telefon*** |  |

|  |
| --- |
| **Dane kontaktowe osoby składającej zapytanie***Proszę uzupełnić imię i nazwisko oraz jedynie te pola, które umożliwią kontakt z Państwem wybraną drogą komunikacji.* |
| Imię i nazwisko |  |
|  |
| Numer telefonu  |  |
|  |
| Adres e-mail |  |
|  |
| Adres do korespondencji | *Ulica, numer domu, numer mieszkania* |
|  |
| *Kod pocztowy, miejscowość* |
|  |

***W przypadku zamiaru skorzystania z poszczególnych rodzajów świadczeń prosimy pamiętać o:**** *zachowaniu rachunku oraz kopii skierowania, jeśli jest wymagane – w przypadku leczenia ambulatoryjnego;*
* *zachowaniu rachunku oraz kopii skierowania - w przypadku leczenia szpitalnego;*
* *zachowaniu kopii recepty i rachunku z apteki - w przypadku realizacji recepty na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyroby medyczne (recepta wystawiona w Polsce, musi być wypisana przez osobę uprawnioną do wystawiania recept; Minister Zdrowia ogłasza w obwieszczeniu wykazy refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych raz na 2 miesiące, dlatego odpowiedź NFZ będzie aktualna na dzień jej udzielenia, a faktyczna kwota zwrotu może różnić się od szacowanej i będzie obliczona na podstawie wykazu obowiązującego w dniu realizacji recepty);*
* *zachowaniu oryginału zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne (lub zlecenia naprawy), potwierdzonego przez oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia przed realizacją zaopatrzenia oraz rachunku - w przypadku zakupu/naprawy wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie;*
* *zachowaniu rachunku oraz potwierdzeniu skierowania w zakresie jego celowości przez lekarza specjalistę w oddziale wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia przed skorzystaniem ze świadczeń - w przypadku leczenia uzdrowiskowego/rehabilitacji uzdrowiskowej;*
* *zachowaniu rachunku oraz kopii skierowania - w przypadku świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, których celem nie jest wspieranie osób potrzebujących pomocy w zakresie wykonywania rutynowych czynności życia codziennego.*
 |
|  |
| 1. **DANE OSOBY, KTÓREJ MA BYĆ UDZIELONE ŚWIADCZENIE W INNYM PAŃSTWIE CZŁONKOWSKIM UELUB EOG.**
 |
| * 1. Wiek w latach
 |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| * 1. Płeć
 |  |  | kobieta |  | mężczyzna |
| * 1. Oddział wojewódzki NFZ właściwy dla osoby, której ma być udzielone świadczenie
 |  |
|  |
| 1. **DANE DOTYCZĄCE PLANOWANEGO LECZENIA.**
 |
| 1. 1. Proszę podać nazwę choroby, której dotyczy zapytanie? (należy wpisać dane, które są znane: diagnozę lekarską, kod ICD-10)
 |
|  |
|  |
|  |
|  |
| * 1. Proszę wymienić inne znane choroby współistniejące, na które dana osoba się leczy (należy wpisać dane, które są znane: diagnozę lekarską, kody ICD-10).
 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| * 1. Proszę podać przebieg planowanego leczenia, którego dotyczy zapytanie, w szczególności jeśli ma być ono wieloetapowe – o ile jest znany- z podaniem kodu ICD-9 - o ile jest znany.
 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| * 1. **Leczenie ambulatoryjne odbywane poza pobytem w szpitalu.**
 |
| * + 1. Porada, konsultacja lekarza specjalisty.
 |
| * + - 1. Proszę podać specjalność lekarza specjalisty.
 |
|  |
| * + - 1. Proszę podać kod procedury medycznej według ICD-9, której dotyczy zapytanie, jeśli jest znana.
 |
|  |
|  |
|  |
| * + 1. Badania (laboratoryjne, obrazowe, inne badania diagnostyczne) i zabiegi ambulatoryjne, wykonywane poza pobytem w szpitalu.
 |
| * + - 1. Proszę podać jakie badania/zabiegi mają być wykonane?
 |
|  |
|  |
| * + - 1. Proszę podać kody badań lub zabiegów według ICD-9, których dotyczy zapytanie, jeśli są znane.
 |
|  |
|  |
| * 1. **Leczenie szpitalne.**
 |
| * + 1. Proszę wskazać specjalizację oddziału, np. okulistyka, chirurgia itp.
 |
|  |
| * + 1. Co ma być wykonane (cel hospitalizacji)? Proszę podać, jeśli są znane kody procedur medycznych wedługICD-9, które mają planowo być wykonane oraz przewidywaną ich liczbę – jeśli jest znana.
 |
|  |
|  |
| * + 1. Czy planowane leczenie zakłada pobyt pacjenta w szpitalu, co najmniej do dnia następnego po dniu przyjęcia?
 |
| TAK  |  | NIE |  | (można ominąć pkt. II.5.04) |
| * + 1. Jaka jest przewidywana długość pobytu w szpitalu (w dniach)? Proszę wypełnić, jeśli jest znana.
 |
| * + 1. W przypadku, gdy hospitalizacja ma się wiązać z podaniem produktu leczniczego, proszę wpisać jego nazwę lub substancję czynną, jeśli jest znana.
 |
|  |
|  |
| * + 1. W przypadku, gdy hospitalizacja ma się wiązać z wszczepieniem wyrobu medycznego, proszę wskazać rodzaj wyrobu.
 |
|  |
| * 1. **Leki dostępne w programie lekowym lub stosowane w chemioterapii.**
 |
| * + - 1. Nazwa programu lekowego.
 |
|  |
|  |
| * + - 1. Proszę podać nazwę leku, kod EAN lub inny kod identyfikujący dany lek lub nazwę substancji czynnej.
 |
|  |
|  |
|  |
| * 1. **Pozostałe świadczenia.**
 |
| * + 1. **Realizacja recepty na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyroby medyczne.**
 |
| **Proszę pamiętać o uzupełnieniu danych odnośnie choroby, na którą leki zostały przepisane (pkt II.1) oraz chorób współistniejących (pkt II.2) – co ma wpływ na oszacowanie świadczenia**. Następnie proszę uzupełnić tabelę. |
| Nazwa produktu leczniczego (leku, wpisana na recepcie) | Postać (np. syrop, tabletki, ampułki, maść) | Dawka (np. 30mg, 3 mg/ml) | Zawartość opakowania (np. liczba tabletek,5 amp. a 10ml) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| *Faktyczna kwota zwrotu może różnić się od szacowanej i będzie obliczona na podstawie listy leków refundowanych, ogłaszanej w obwieszczeniu Ministra Zdrowia, obowiązującym w dniu realizacji recepty.* |
| * + 1. **Zakup/ naprawa wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie.**
 |
|  |
| Zakup\* |  | Naprawa\* |  |  |
| \*Proszę zaznaczyć właściwe |
| * + - 1. Proszę wskazać jakiego wyrobu medycznego dotyczy zapytanie i w jakiej ilości? (nazwa wyrobu medycznego lub proszę przepisać grupę/liczbę porządkową ze zlecenia)
 |
|  |
|  |
| * + - 1. Jeśli dotyczy, proszę wskazać stronę zaopatrzenia.
 |
| Prawa\* |  | Lewa\* |  |  |
| \*Proszę zaznaczyć właściwe |
| * + - 1. Czy zakupiony wyrób jest produkowany:
 |
| Seryjnie\* |  | Na zamówienie\* |  |  |
| \*Proszę zaznaczyć właściwe |
| * + - 1. Czy osoba, której dotyczy zapytanie, korzystała na terenie Polski z refundacji wyrobu medycznego, którego dotyczy zapytanie? Jeśli tak, proszę wpisać kiedy i jaki wyrób zrefundowano.
 |
|  |
|  |
|  |
| * + 1. **Leczenie uzdrowiskowe/ rehabilitacja uzdrowiskowa.**
 |
| * + - 1. W jakim trybie ma być przeprowadzone leczenie uzdrowiskowe, którego dotyczy zapytanie? (zgodnie ze skierowaniem)
 |
| sanatorium uzdrowiskowe\* |  | przychodnia uzdrowiskowa (leczenie ambulatoryjne)\* |  | szpital uzdrowiskowy\* |  |  |
| \*Proszę zaznaczyć właściwe |
| * + - 1. Proszę podać planowaną liczbę dni pobytu (w sanatorium albo szpitalu uzdrowiskowym) albo liczbę dni zabiegowych w ramach leczenia ambulatoryjnego.
 |
|  |
| * + 1. **Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, których celem nie jest wspieranie osób potrzebujących pomocy w zakresie wykonywania rutynowych czynności życia codziennego.**
 |
| **Proszę pamiętać o wypełnieniu pkt II.1 i II.2.*** + - 1. Warunki udzielania świadczenia:
 |
| domowe\* |  | stacjonarne\* |  |  |
| \*Proszę zaznaczyć właściwe |
| * + - 1. Proszę określić stan osoby, której dotyczy zapytanie w skali Barthel (jeśli mieści się w przedziale 0-40 pkt) i/lub Glasgow (jeśli mieście się w przedziale 0-8 pkt) – jeśli brak takiej informacji na skierowaniu proszę spytać lekarza kierującego lub pielęgniarkę aktualnie sprawującą opiekę.
 |
|  | Barthel ……….……….….pkt | Glasgow………………..…….pkt  |  |
| * + - 1. Droga podawania pokarmu:
 |
| doustna\* |  | dojelitowa\* |  | pozajelitowa\* |  |  |
| \*Proszę zaznaczyć właściwe |
| * + - 1. Wentylacja mechaniczna:
 |
| brak konieczności\* |  | metodą nieinwazyjną, |  | metodą inwazyjną, |  |  |
|  |  | prowadzoną za pomocą np. maski obejmującej nos i usta\* |  | prowadzoną za pomocą rurki intubacyjnej albo tracheotomijnej\* |  |  |
| \*Proszę zaznaczyć właściwe |
| * + 1. **Inne leczenie. Proszę wskazać jakie. Kody *ICD -9*, jeśli są znane oraz ich krotność.**
 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| * + 1. **Dodatkowe uwagi:**
 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Data |  | Czytelny podpis osoby składającej zapytanie |