|  |  |
| --- | --- |
| **Zapytanie należy skierować do oddziału wojewódzkiego NFZ właściwego ze względu na miejsce leczenia (jeśli znane) lub do dowolnie *wybranego Oddziału Wojewódzkiego* . Wniosek o udzielenie informacji o podmiocie udzielającym świadczeń na terytorium RP** | |
| *UWAGA*  *W celu uzyskania rzetelnej i adekwatnej informacji należy czytelnie wypełnić poniższe pola* | |
| ………………………………………………………….  *Imię i nazwisko wnioskodawcy*  *………………………………………………………….*  *Adres zamieszkania / do korespondencji*  *…………………………………………………………*  *Cd.*  *…………………………………………………………*  *Email / telefon* |  Krajowy Punkt Kontaktowy   *……………….....................*Oddział Wojewódzki NFZ  *(Nazwa oddziału do którego kierowany jest wniosek)*  *Adres:*  *………………………………………………………….*  *Ulica i numer*  *………………………………………………………….*  *Kod i nazwa miasta* |
| 1. Leczenie ma być realizowane na podstawie1:   przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (A)   dyrektywy w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (B)  2. Wymagane leczenie (np. operacja kolana, rehabilitacja, konsultacja kardiologiczna itp.):  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  3. Rozpoznanie choroby (np. cukrzyca, astma itp.)  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  4. Kod ICD 10:  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  5. Tryb udzielanego świadczenia - świadczenia udzielane mają być:   w warunkach ambulatoryjnych (nie szpitalnych)   w warunkach szpitalnych   w warunkach poradni specjalistycznej (bez hospitalizacji)   w ramach opieki sanatoryjnej   w ramach Pogotowia Ratunkowego   inne, jakie: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  6. Miejsce udzielenia świadczenia (o ile znane):   województwo: ………………………………………………………………………………………………………………   miasto: ………………………………………………………………………………………………………………………..   dowolne | |
| 1 *UWAGA:*  *Jeżeli wybrano* ***A*** *pacjent zobowiązany jest przedstawić odpowiedni dokument unijny potwierdzający jego prawo do świadczeń, tj.:*   *EKUZ lub Certyfikat tymczasowo zastępujący EKUZ – w przypadku pobytu czasowego na terytorium RP*   *S2/E112 – w przypadku, gdy celem pobytu jest leczenie planowane*   *Poświadczenie wydane do dokumentu S1 lub odpowiedniego formularza E106/E109/E120/E121 – w przypadku, gdy Polska jest państwem zamieszkania*   *DA1/E123 – w przypadku, gdy leczenie związane jest z wypadkiem przy pracy.*  *Jeżeli wybrano* ***B*** *pacjent ponosi pełen koszt leczenia.* | |