|  |
| --- |
|  **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.*  |