Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia

z dnia 27 maja 2022 r. (poz. 1209)

**Załącznik nr 2**

*WZÓR*

|  |  |
| --- | --- |
| **CZĘŚĆ I**  **WNIOSEK DO PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**  **o skierowanie do przeprowadzenia poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych, należących do świadczeń gwarantowanych, których nie wykonuje się aktualnie w kraju,**  **na podstawie art. 42j ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.),**  **oraz pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielenia świadczenia, na podstawie art. 42j ust. 2 tej ustawy**  **INSTRUKCJA**   1. Wniosek należy WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI. 2. Osoby uprawnione do uzyskania leczenia lub badań diagnostycznych poza granicami kraju oraz osoby uprawnione do składania niniejszego wniosku zostały wskazane w art. 42j ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. 3. Części I.A i V wniosku wypełnia Narodowy Fundusz Zdrowia, zwany dalej „Funduszem”. 4. Części I.B, II i VI wniosku wypełnia osoba składająca wniosek. 5. Część III wniosku wypełnia lekarz ubezpieczenia zdrowotnego – specjalista właściwej dziedziny medycyny, posiadający tytuł naukowy profesora lub stopień naukowy doktora nauk medycznych albo doktora habilitowanego nauk medycznych. 6. Część IV wniosku wypełnia konsultant wojewódzki.   **UWAGA**   1. Wniosek z wypełnionymi częściami I.B, II, III i VI oraz kopią dokumentacji medycznej składa się do Prezesa Funduszu. 2. Wniosek może zostać złożony również w formie dokumentu elektronicznego opatrzonego kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem osobistym albo podpisem zaufanym1). Załączniki mogą być odwzorowane cyfrowo. 3. 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) | Imię i nazwisko oraz czytelny podpis pracownika przyjmującego wniosek: |
| Numer identyfikacyjny wniosku: | Oznaczenie komórki organizacyjnej Funduszu przyjmującej wniosek: |
| **I.B. PRZEDMIOT WNIOSKU**  (proszę zakreślić odpowiednie pola)  **1.1.**  Przeprowadzenie poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych – w przypadku leczenia lub badań diagnostycznych należących do świadczeń gwarantowanych, których aktualnie nie wykonuje się w kraju.  **1.2.**  Pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielenia świadczeń.  **2.**  Wnoszę o przesłanie wniosku do konsultanta wojewódzkiego w celu zaopiniowania. | |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

) Złożenie kwalifikowanego podpisu elektronicznego, podpisu osobistego albo podpisu zaufanego w odpowiednim polu w części VI wniosku jest tożsame ze złożeniem podpisu w miejscu przeznaczonym na podpis tradycyjny.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CZĘŚĆ II**  **II.A. DANE OSOBY, KTÓREJ DOTYCZY WNIOSEK** | | | |
| 1 | Imię i nazwisko: | | |
| 2 | Numer PESEL, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość i datę urodzenia: | | |
| 3 | Adres zamieszkania: | 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) | | | |
| 1 | Imię i nazwisko: | | |
| 2 | Numer PESEL, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość i datę urodzenia: | | |
| 3 | Adres zamieszkania: | | Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania): |
| 4 | Numer telefonu lub adres poczty elektronicznej (w przypadku posiadania): | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CZĘŚĆ III**  **III.A. DANE LEKARZA WYPEŁNIAJĄCEGO WNIOSEK** | | |
| 1 | Imię i nazwisko lekarza oraz pieczątka, nadruk albo naklejka zawierające numer prawa wykonywania zawodu oraz specjalizację lekarza: | |
| 2 | | Pieczątka, nadruk albo naklejka zawierające nazwę i adres świadczeniodawcy, u którego lekarz udziela świadczeń opieki zdrowotnej: |
| **III.B. MIEJSCE LECZENIA POZA GRANICAMI KRAJU** | | |
| 1 | Państwo: | |
| 2 | Pełna nazwa i dane kontaktowe zagranicznego podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych (adres, numer telefonu/faksu, adres e-mail): | |
| 3 | Uzasadnienie wyboru ww. zagranicznego podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych: | |
| **III.C. ZAKRES LECZENIA POZA GRANICAMI KRAJU** | | |
| 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 dotycząca 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 braku możliwości leczenia w kraju oraz konieczności leczenia w zagranicznym podmiocie udzielającym świadczeń zdrowotnych: | |
| **III.D.** **WSKAZANIA DOTYCZĄCE TRANSPORTU DO MIEJSCA UDZIELENIA ŚWIADCZEŃ** **POZA GRANICAMI KRAJU** | | |
| 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) | | |
| 1 | Przedmiot wniosku: | **1.1.**  Przeprowadzenie leczenia poza granicami kraju.  **1.2.**  Przeprowadzenie badań diagnostycznych poza granicami kraju.  **1.3.**  Pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielenia świadczeń. |
| 2 | Przewidywane koszty wnioskowanego leczenia lub badań diagnostycznych: |  |
| 3 | Rodzaj środka transportu oraz przewidywane koszty transportu do miejsca udzielenia świadczeń poza granicami kraju: | ……………………………………………………………………………………….  (środek transportu)  ……………………………………………………………………………………….  (koszty transportu) |
| 4 | Miejscowość: ………………………………………………. Data: ……………………………………  (dd/mm/rr)  Czytelny podpis pracownika właściwej komórki organizacyjnej Funduszu:  …………………………………………………………………… | |

**CZĘŚĆ VI**

Do niniejszego wniosku załączam następujące dokumenty (rodzaj, liczba arkuszy):

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia2).

Miejscowość: ........................................................... Data: …………………………

(dd/mm/rr)

Czytelny podpis osoby składającej wniosek: ………………………………………………………

|  |
| --- |
| Kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis osobisty albo podpis zaufany osoby składającej wniosek: |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2) Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia na podstawie art. 233 § 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2022 r. poz. 1138).