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).