

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.

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 pieczętka, nadruk albo naklejka zawierające numer prawa wykonywania zawodu oraz specjalizację lekarza:
2	Pieczętka, 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:

CZEŚĆ 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. <input type="checkbox"/> Przeprowadzenie leczenia poza granicami kraju. 1.2. <input type="checkbox"/> Przeprowadzenie badań diagnostycznych poza granicami kraju. 1.3. <input type="checkbox"/> 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: 	

