Załącznik nr 17b do zarządzenia nr 101/2025/DSOZ  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia 23 grudnia 2025 r.

**Informacja dla lekarza sprawującego opiekę nad pacjentem z rozpoznaniem  
lub podejrzeniem pęcherzowego oddzielania naskórka**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Oznaczenie świadczeniodawcy\* |  | ……………… dnia ……………… r. |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Imię i nazwisko**

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

**Numer PESEL** (jeśli został nadany): ǀ \_ ǀ \_ ǀ \_ ǀ \_ ǀ \_ ǀ \_ ǀ \_ ǀ \_ ǀ \_ ǀ \_ ǀ \_ ǀ

**Stan kliniczny i dotychczasowy przebieg choroby:**

|  |
| --- |
|  |
|  |

**Aktualne zapotrzebowanie na wyroby medyczne (w ujęciu miesięcznym):**

Nazwa własna lub rodzajowa wyrobu Ilość sztuk

………………………… ………………

………………………… ………………

………………………… ………………

………………………… ………………

………………………… ………………

**Aktualne zapotrzebowanie na produkty lecznicze (w ujęciu miesięcznym):**

Nazwa handlowa lub czynna leku Ilość sztuk

………………………… ………………

………………………… ………………

………………………… ………………

………………………… ………………

………………………… ………………

**Aktualne zapotrzebowanie na żywność specjalnego przeznaczenia medycznego**

**(w ujęciu miesięcznym):**

Nazwa handlowa środka Ilość sztuk

………………………… ………………

………………………… ………………

………………………… ………………

………………………… ………………

………………………… ………………

**Dodatkowe istotne informacje:**

Lista załączonych dokumentów (jeżeli dotyczy):

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  | Nadruk lub pieczątka zawierająca imię  i nazwisko, numer prawa  wykonywania zawodu oraz podpis  lekarza |
|  |  |
|  | ........………………………………………. |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Uwaga:**

W przypadku podejrzenia pęcherzowego oddzielania naskórka (rozpoznanie ICD-10: Q81.9)

konieczność potwierdzenia zasadności korzystania z wyrobów medycznych / produktów leczniczych /

środków specjalnego przeznaczenia żywieniowego przez Konsultanta krajowego w dziedzinie

dermatologii lub osobę wskazaną przez niego.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  | Nadruk lub pieczątka zawierająca imię  i nazwisko, numer prawa  wykonywania zawodu oraz podpis  lekarza |
|  |  |
|  | ........………………………………………. |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

\*Pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy zawierające nazwę, adres, NIP, REGON