Załącznik Nr 3 do zarządzenia Nr 60/2023/DSOZ  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia 5 kwietnia 2023 r.

**ZLECENIE ŚWIADCZENIA PROTETYCZNEGO\*/  
ŚWIADCZENIA ORTODONTYCZNEGO\*  
NR .........../............**

*(pieczątka świadczeniodawcy) (miejscowość i data)*

Nr umowy z NFZ

Pełna nazwa i adres świadczeniodawcy

oznaczenie świadczeniodawcy: imię i nazwisko albo nazwa świadczeniodawcy w rozumieniu art. 5 pkt 41 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, 2674 i 2770)

Nazwa podwykonawcy

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

PESEL świadczeniobiorcy

Opis udzielonego świadczenia:

Kod świadczenia Wartość punktowa

**Stan jamy ustnej i projekt pracy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| projekt |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | projekt |
|  | **18** | **17** | **16** | **15 55** | **14 54** | **13 53** | **12 52** | **11 51** | **21 61** | **22 62** | **23 63** | **24 64** | **25 65** | **26** | **27** | **28** |  |
| stan |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | stan |
| stan |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | stan |
|  | **48** | **47** | **46** | **85 45** | **84 44** | **83 43** | **82 42** | **81 41** | **71 31** | **72 32** | **73 33** | **74 34** | **75 35** | **36** | **37** | **38** |  |
| projekt |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | projekt |

*(pieczątka i podpis lekarza)*

*(data wykonania, czytelny podpis podwykonawcy)*

Potwierdzam odbiór wykonanego świadczenia

*(data odbioru, podpis świadczeniobiorcy) (data odbioru , pieczątka i podpis lekarza)*