

## A.1. IDENTYFIKACJA WNIOSKU

1. Numer wniosku

1. Numeri whiteska

## A.2. WNIOSEK W SPRAWIE

## 2. Rozliczenie

☐ przedłużenia czasu trwania rehabilitacji realizowanej w ramach programu „Świadczenia medyczne Narodowego Funduszu Zdrowia dla osób niepełnosprawnych”

## B. WNIOSKOWANIE

☐ 3. wnioskowanie po raz pierwszy☐ 4. kolejny wniosek o zgodę

### C. DANE ŚWIAADCZENIODAWCY SKŁADAJĄCEGO WNIOSEK

5. Nazwa

---

---

6. Nr umowy

[illegible]

7. PESEL fizjoterapeuty realizującego program

[illegible]

8. Numer prawa wykonywania zawodu fizjoterapeuty podejmującego decyzję o przedłużeniu czasu trwania terapii w ramach programu.

[illegible]

#### D. DANE ŚWIADCZENIOBIORCY

9. Imię

10. Nazwisko

11. Typ identyfikatora (zgodnie z tabelą 7 załącznika nr 3 do rozporządzenia MZ)

 PESEL

☐ PESEL - opiekuna

☐ osobisty numer identyfikacyjny

☐ seria i numer dowodu osobistego

☐ seria i numer paszportu

☐ nazwa, seria i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość

- identyfikator NN

- identyfikator NW

12. Identyfikator

[illegible]

12a. Płeć (gdy typ identyfikatora inny niż PESEL świadczeniobiorcy)

7

12b. Data urodzenia (gdy typ identyfikatora inny niż PESEL świadczeniobiorcy/inny niż NN i NW)

--	--	--	--

## E. RODZAJ ŚWIADCZENIA

☐ 13. świadczenie udzielane jednorazowo☐ 14. świadczenie udzielane cyklicznie

**F. DANE ŚWIADCZENIA, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK****F.1. PRZYCZYNY UDZIELENIA ŚWIADCZENIA W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI SCHORZEŃ ICD 10**

15. Kod rozpoznania zasadniczego

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------

16. Kod pierwszego rozpoznania współistniejącego

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------

17. Kod drugiego rozpoznania współistniejącego

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------

18. Kod trzeciego rozpoznania współistniejącego

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------

**F.2. ISTOTNE PROCEDURY MEDYCZNE JAKIE WYSTĄPIŁY W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI PROCEDUR MEDYCZNYCH**

19. Kod procedury medycznej

<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------

20. Kod procedury medycznej

<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------

21. Kod procedury medycznej

<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------

22. Kod procedury medycznej

<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------

23. Kod procedury medycznej

<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------

24. Kod procedury medycznej

<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------

25. Kod procedury medycznej

<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------

26. Kod procedury medycznej

<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------

27. Kod procedury medycznej

<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------

28. Kod procedury medycznej

<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------

**G. UZASADNIENIE**

29. Opis


**H. Terminy udzielania świadczeń**

30. Data początku udzielania świadczenia (RRRR-MM-DD)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------

**H1. WNIOSKUJĘ O ROZLICZENIE PRZEDŁUŻENIA WYKONYWANIA ŚWIADCZENIA W TERMINIE:**

31. Data od (RRRR-MM-DD)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------

32. Data do (RRRR-MM-DD)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------

**J. POTWIERDZENIE FORMALNE WNIOSKU**

33. Data (RRRR-MM-DD)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------

34. Podpis i pieczęć osoby wnioskującej


35. Data (RRRR-MM-DD)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------

36. Podpis i pieczęć Dyrektora podmiotu udzielającego świadczenie, wnioskującego o rozliczenie
