



16. Kod pierwszego rozpoznania współistniejącego <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"/>	
18. Kod trzeciego rozpoznania współistniejącego <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	
<b>F.2. ISTOTNE PROCEDURY MEDYCZNE JAKIE WYSTĄPIŁY, W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI PROCEDUR MEDYCZNYCH</b>	
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"/>
<b>F.3 DANE ROZLICZANEJ JGP/ŚWIADCZENIA (należy wypełnić, jeżeli wnioskodawca w sekcji E zaznaczył „świadczenie udzielane jednorazowo”)</b>	
29. Kod JGP <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	29a. Kod świadczenia <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>G. UZASADNIENIE</b>	
<b>G.1. UZASADNIENIE KONIECZNOŚCI UDZIELENIA ŚWIADCZENIA NIEZGODNIE Z WIEKIEM ŚWIADCZENIOBIORCY (należy wypełnić, jeżeli wnioskodawca w sekcji A.2. zaznaczył „udzielonych niezgodnie z wiekiem świadczeniobiorcy”)</b>	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	- 30. Brak placówki dla dorosłych w OW NFZ - 31. Rozpoznanie typowe dla pacjentów niepełnoletnich - 32. Inne - podaj jakie
Opis (uzupełniany gdy wybrano poz. 32) <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<input type="checkbox"/>	- 33. Rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego kontynuację nauki (wypełniane w przypadku PSY, REH, SPO)
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

<b>G.2. UZASADNIENIE KONIECZNOŚCI UDZIELENIA ŚWIADCZENIA NIEZGODNIE Z PŁCIĄ ŚWIADCZENIOBIORCY</b> (należy wypełnić, jeżeli wnioskodawca w sekcji A.2. zaznaczył „udzielonych niezgodnie z płcią świadczeniobiorcy”)	
34. Opis          	
<b>G.3. UZASADNIENIE KONIECZNOŚCI UDZIELENIA ŚWIADCZENIA ŚWIADCZENIOBIORCY W WIEKU PONIŻEJ 60 ROKU ŻYCIA, W ZAKRESIE ŚWIADCZENIA PSYCHOGERIATRYCZNE</b> (należy wypełnić, jeżeli wnioskodawca w sekcji A.2. zaznaczył „udzielanych świadczeniobiorcy w wieku poniżej 60 roku życia, w zakresie świadczenia psychogeriatryczne”)	
35. Opis          	
<b>H. WNIOSKUJĘ O ROZLICZENIE ŚWIADCZENIA WYKONANEGO W TERMINIE:</b>	
36. Data od (RRRR-MM-DD) □□□□ - □□ - □□	37. Data do (RRRR-MM-DD) □□□□ - □□ - □□
<b>I. POTWIERDZENIE FORMALNE WNIOSKU</b>	
38. Data (RRRR-MM-DD) □□□□ - □□ - □□	39. Podpis i pieczęć lekarza wnioskującego  
40. Data (RRRR-MM-DD) □□□□ - □□ - □□	41. Podpis i pieczęć Dyrektora podmiotu udzielającego świadczenie, wnioskującego o rozliczenie  