

[illegible]

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 W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI PROCEDUR MEDYCZNYCH PLANOWANE DO REALIZACJI (w przypadku wniosku składanego przed rozpoczęciem realizacji świadczenia) ALBO ZREALIZOWANE

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"/>
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------

F.3 DANE SPRAWOZDAWANEJ LUB ROZLICZANEJ JGP/ŚWIADCZENIA (należy wypełnić, jeżeli wnioskodawca w sekcji E. zaznaczył „świadczenie udzielane jednorazowo”)

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"/>
----------------------	---	----------------------	---	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

G. UZASADNIENIE
G.1. UZASADNIENIE KONIECZNOŚCI UDZIELENIA ŚWIADCZENIA NIEZGODNIE Z WIEKIEM ŚWIADCZENIOBIORCY (należy wypełnić, jeżeli wnioskodawca w sekcji A.2. zaznaczył „udzielonych niezgodnie z wiekiem świadczeniobiorcy”)

<input type="checkbox"/>	-	30. Brak placówki dla dorosłych w OW NFZ
<input type="checkbox"/>	-	31. Rozpoznanie typowe dla pacjentów niepełnoletnich
<input type="checkbox"/>	-	32. Inne - podaj jakie

Opis (uzupełniany gdy wybrano poz. 32)

<input type="checkbox"/>	-	33. Rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego kontynuację nauki (wypełniane w przypadku REH, SPO)
--------------------------	---	---

G.2. UZASADNIENIE KONIECZNOŚCI UDZIELENIA ŚWIADCZENIA NIEZGODNIE Z PŁCĄ ŚWIADCZENIOBIORCY (należy wypełnić, jeżeli wnioskodawca w sekcji A.2. zaznaczył „udzielonych niezgodnie z płcią świadczeniobiorcy”)

34. Opis

H. WNIOSKUJĘ O SPRAWOZDANIE LUB ROZLICZENIE ŚWIADCZENIA WYKONANEGO W TERMINIE:

35. 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"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------

36. 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"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------

I. POTWIERDZENIE FORMALNE WNIOSKU

37. 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"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------

38. Podpis i pieczęć Dyrektora podmiotu udzielającego świadczenie, wnioskującego o sprawozdanie lub rozliczenie