

Pieczęć Świadczeniodawcy

....., dnia

Wniosek o wypłatę wynagrodzenia za świadczenia opieki zdrowotnej udzielone świadczeniobiorcy w stanie nagłym w trybie art. 19 ustawy**DO DYREKTORA WIELKOPOLSKIEGO ODDZIAŁU WOJEWÓDZKIEGO NFZ****Dane świadczeniodawcy składającego wniosek:**

Nazwa i adres:

.....

.....

.....

REGON:**Dane świadczeniobiorcy:**

Nazwisko i imię

.....

.....

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data urodzenia:

			-			-														
--	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania:

Miejscowość: Kod pocztowy:-.....

ulica: nr domu

Dane kliniczne:

Rozpoznanie kliniczne (w języku polskim) –

.....

.....

ICD 10 – kod czteroznakowy:

				.					
--	--	--	--	---	--	--	--	--	--

Rodzaj i zakres udzielonych niezbędnych świadczeń:

Rodzaj	
Zakres	

Wykaz udzielonych niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej:

Lp	Kod świadczenia	Nazwa świadczenia (JGP/procedura z katalogu)

Wykaz wykonanych istotnych procedur medycznych w ramach udzielonych niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej:

Lp	Kod ICD-9	Nazwa procedury medycznej ICD-9

Termin udzielenia niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej:

od do

Opis okoliczności udzielenia niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej uzasadniających ich sfinansowanie ze środków publicznych:

.....
.....
.....
.....

Uzasadnione koszty udzielenia niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej według świadczeniodawcy (kwota w zł/gr):,.....
---	-------------

..... data, podpis i pieczęć lekarza udzielającego świadczeń podpis i pieczęć osoby reprezentującej jednostkę
---	---

(wypełnia Oddział NFZ)

DECYZJA DYREKTORA WIELKOPOLSKIEGO ODDZIAŁU WOJEWÓDZKIEGO NFZ

WYRAŻONO ZGODE / NIE WYRAŻONO ZGODY*) na realizację ww. wniosku,..... KWOTA (w zł/gr)
DATA	PODPIS

*) niewłaściwe skreślić

UZASADNIENIE: