

Tytuł:	<p>Instrukcja dla świadczeniodawców</p> <p>Zgody indywidualne</p>
Właściciel biznesowy:	Centrala Narodowego Fundusz Zdrowia w Warszawie
Dokument obejmuje:	<p><i>Wnioski o zgodę indywidualną Dyrektora OW NFZ:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Rozliczenie świadczeń udzielanych osobie pełnoletniej w ramach zakresu świadczeń dla dzieci</i> • <i>Rozliczenie świadczeń udzielanych osobie innej płci niż wskazuje na to profil komórki udzielającej świadczenie</i> • <i>Rozliczenie świadczeń wykonanych w odstępie krótszym niż wynika to z zarządzeń Prezesa NFZ</i> • <i>Rozliczenie świadczeń, które zostały wykonane ponad limit dni określony w zarządzeniach Prezesa NFZ</i> • <i>Rozliczenia świadczenia, o których mowa w § 22 obowiązującego zarządzenia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne tj.</i> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <i>którego koszt przekracza wartość 5 000 zł i co najmniej trzykrotność wartości punktowej grupy określonej dla typu umowy hospitalizacja (kolumna nr 5 załącznika nr 1a do zarządzenia), albo świadczenia właściwego ze względu na rozliczenie, po uprzednim zsumowaniu z:</i> <ul style="list-style-type: none"> - <i>dodatkowymi osobodniami ponad ryczałt finansowany grupą,</i> - <i>świadczeniami rozliczanymi według skali TISS – 28 albo TISS – 28 dla dzieci,</i> - <i>świadczeniami do sumowania</i> <input type="checkbox"/> <i>które jest dopuszczone do rozliczenia na wyższym poziomie referencyjnym niż poziom referencyjny świadczeniodawcy i jest udzielone w stanie nagłym</i> <input type="checkbox"/> <i>które spełnia jednocześnie łącznie wszystkie poniższe warunki:</i> <ul style="list-style-type: none"> - <i>w czasie hospitalizacji zdiagnozowano dodatkowy, odrębny problem zdrowotny, inny niż związany z przyczyną przyjęcia do szpitala,</i> - <i>inny problem zdrowotny, o którym mowa wyżej, nie znajduje się na liście powikłań i chorób współistniejących sekcji stanowiącej przyczynę przyjęcia do szpitala,</i> - <i>jest stanem nagłego zagrożenia zdrowotnego,</i> - <i>nie może być rozwiązany jednoczasowym zabiegiem,</i> - <i>nie stanowi elementu postępowania wieloetapowego,</i> - <i>kwalifikuje do grupy w innej sekcji oraz w innym zakresie</i> <input type="checkbox"/> <i>obejmującego więcej niż jedno przeszczepienie komórek krwiotwórczych w trakcie tej samej hospitalizacji</i>

Zawartość

Wstęp	4
Ogólny obieg elektronicznego wniosku	4
Składanie wniosku na Portalu Świadczeniodawcy	6
1. Wniosek o rozliczenie świadczeń udzielanych osobie pełnoletniej w ramach zakresu świadczeń dla dzieci	9
Sekcja A	9
Sekcja B.....	9
Sekcja C.....	9
Sekcja D	10
Sekcja E.....	10
Sekcja F.....	10
Sekcja G	11
Sekcje H i I.....	12
2. Wniosek o rozliczenie świadczeń udzielanych osobie innej płci niż wskazuje na to profil komórki udzielającej świadczenie.....	13
Sekcja G	13
3. Wniosek o rozliczenie świadczeń wykonanych w odstępie krótszym niż wynika to z zarządzeń Prezesa NFZ	14
Sekcja A	14
Sekcja B.....	14
Sekcja C.....	14
Sekcja D	15
Sekcja E.....	15
Sekcja F.....	16
Sekcja G	16
Sekcje H, I i J	16
4. Wniosek o rozliczenie świadczeń, które zostały wykonane ponad limit dni określony w zarządzeniach Prezesa NFZ.....	18

Sekcja A	18
Sekcja B.....	18
Sekcja C.....	18
Sekcja D	19
Sekcja E.....	19
Sekcja F.....	19
Sekcja G	20
Sekcje H i I.....	21
5. Wniosek o rozliczenie świadczenia, którego koszt przekracza 5 000 zł i trzykrotną wartość grupy JGP (...)	22
Sekcja A	22
Sekcja B.....	22
Sekcja C.....	22
Sekcja D	23
Sekcja E, F.....	24
Sekcja G	24
Sekcje H	24
Sekcja I i J.....	24
6. Wniosek o rozliczenie świadczenia, którego rozliczenie właściwej grupy JGP dopuszczono z wyższego poziomu referencyjnego, a świadczenia udzielono w trybie nagłym udzielono w trybie nagłym	26
Sekcja G	26
7. Wniosek o rozliczenie świadczenia, które spełnia jednocześnie łącznie wszystkie (określone we wniosku) warunki	27
Sekcja E.....	27
8. Wniosek o rozliczenie świadczenia, gdy w trakcie tej samej hospitalizacji wykonano więcej niż jedno przeszczepienie komórek krwiotwórczych.....	28
Sekcja F.....	28

Wstęp

Zgodnie z Zarządzeniem Nr 65/2010/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (z późn. zm.) w określonych przypadkach Świadczeniodawcy przysługuje prawo do wystąpienia do właściwego ze względu na umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej Dyrektora OW NFZ z wnioskiem o sfinansowanie zrealizowanego świadczenia na podstawie indywidualnej zgody.

W takim przypadku Świadczeniodawca powinien przekazać do Dyrektora oddziału Funduszu wniosek, którego szablon został określony w niniejszym zarządzeniu.

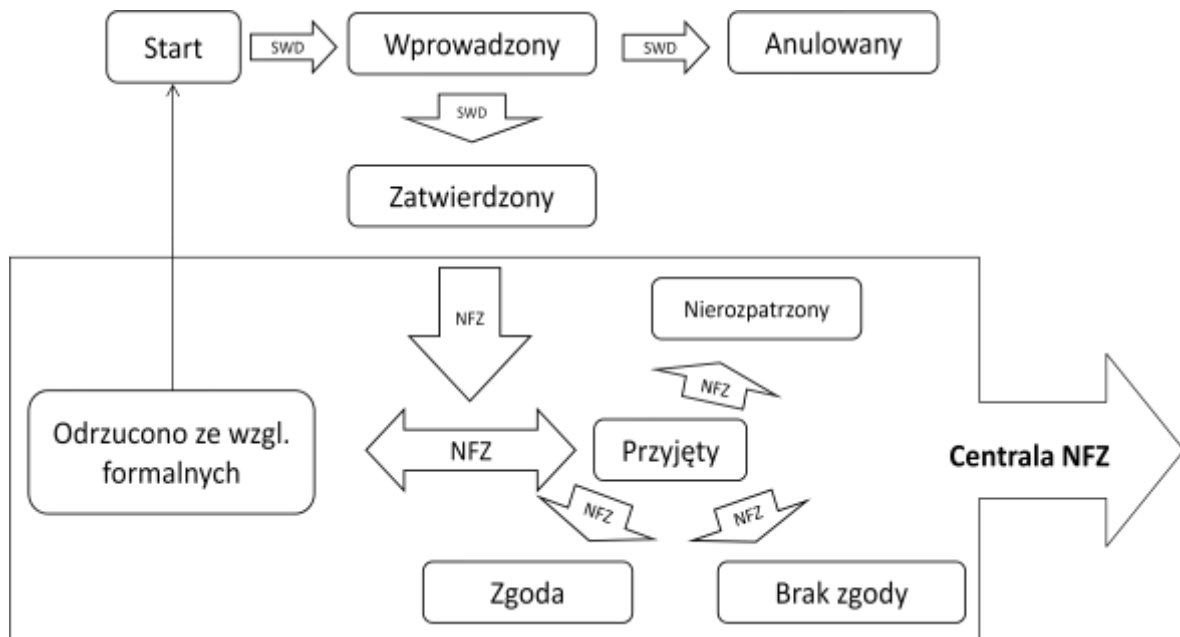
Wniosek ten powinien być wprowadzony przez Świadczeniodawcę do systemu informatycznego NFZ poprzez udostępnioną stronę WWW na Portalu Świadczeniodawcy. Następnie Świadczeniodawca powinien go zatwierdzić, wydrukować i podpisać. W takiej formie (papierowej) powinien go dostarczyć do oddziału Funduszu (wraz z kosztorysem – jeżeli jest to wymagane).

Niniejsza dokumentacja przedstawia funkcjonalność Portalu świadczeniodawcy. Umożliwia ona Świadczeniodawcy przekazywanie drogą elektroniczną do OW NFZ wniosków o indywidualne rozliczenie świadczenia wraz z wydrukiem wersji papierowej wersji wniosku.

Ogólny obieg elektronicznego wniosku

Z poziomu Portalu Świadczeniodawcy wnioskujący posiada możliwość ustawienia następujące statusów wniosków (patrz ryc. 1):

- **Wprowadzony** – dostępna jest edycja wniosku, nie jest sprawdzana jego poprawność, wniosek nie może być drukowany
- **Zatwierdzony** – przed przejściem do tego statusu ma miejsce walidacja jego zawartości pod względem formalnym (wypełnienie wszystkich wymaganych pól), po zatwierdzeniu brak jest możliwości jego edycji, wniosek posiada numer oraz kod kreskowy, może zostać wydrukowany
- **Anulowany** – przejście do tego statusu możliwe jedynie ze statusu „Wprowadzony” oraz „Odrzucono ze wzgl. formalnych” (status nadawany przez pracownika OW NFZ np. w przypadku niezgodności wersji papierowej i elektronicznej wniosku)



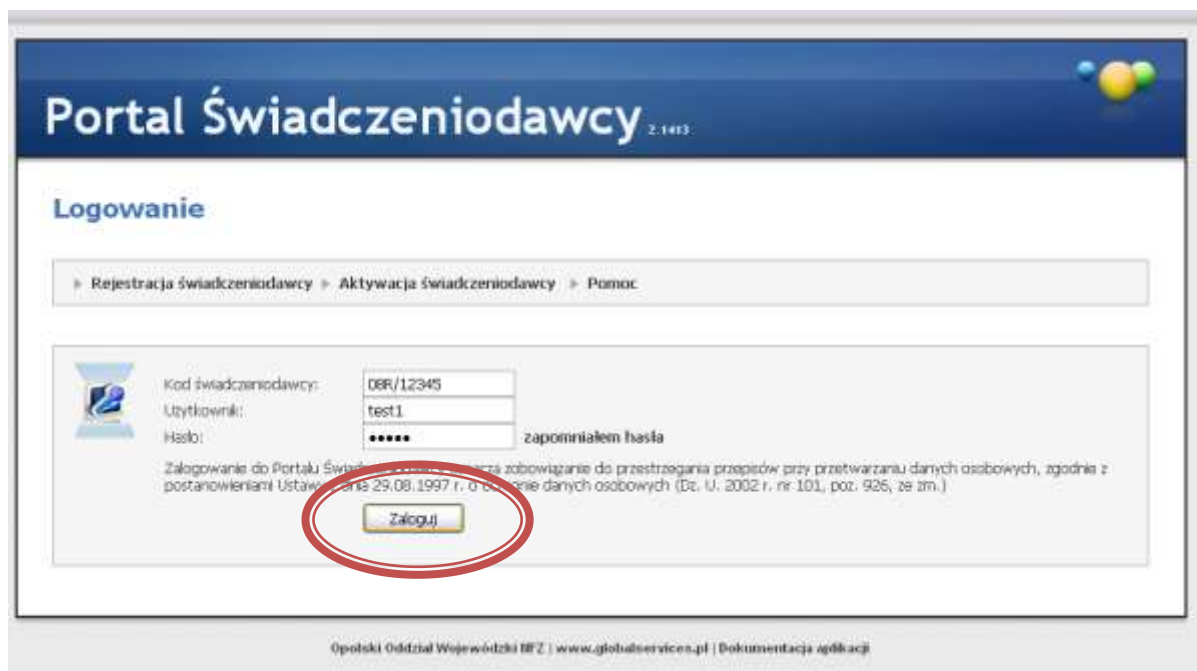
Ryc. 1. Statusy wniosków

Po rozpatrzeniu wniosku przez Dyrektora OW NFZ wniosek może przyjąć następujące statusy:

- **Odrzucono ze wzgl. formalnych** – wniosek posiada błędy formalne, np. brak pieczętki / niezgodność pomiędzy wersją papierową i elektroniczną itd.) – status „Do uzupełnienia” nie pozwala świadczeniodawcy na zmianę treści wniosku, a jedynie do jego anulowania/złożenia nowego na podstawie starego.
- **Zgoda** – decyzja pozytywna Dyrektora OW NFZ
- **Brak zgody** – decyzja negatywna Dyrektora OW NFZ
- **Nierozpatrzony** – status wniosku ustawiany w OW NFZ na podstawie informacji ze strony Świadczeniodawcy, oznaczający brak decyzji (np. śmierć pacjenta)


Składanie wniosku na Portalu Świadczeniodawcy

Przed przystąpieniem do złożenia wniosku zaloguj się do Portalu Świadczeniodawcy:



Opolski Oddział Wojewódzki NFZ | www.globalservices.pl | Dokumentacja aplikacji

Po zalogowaniu w obszarze „Umowy na realizację świadczeń” kliknij na odnośnik **Pokaż więcej...**




Umowy na realizację świadczeń

Informacje oraz funkcje związane z realizacją świadczeń

- ▶ Stan przelewów bankowych
- ▶ Kompleksowy przegląd wyników weryfikacji świadczeń
- ▶ Moje umowy

Pokaż więcej..

	Typ dokumentu: Instrukcja dla świadczeniodawców
	Nazwa dokumentu: Zgody indywidualne

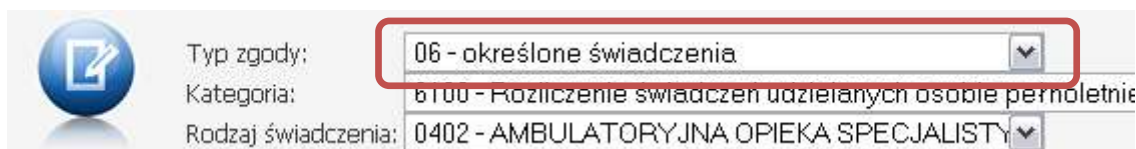
Następnie wybierz opcję **Przegląd wniosków o zgody indywidualne**:

- ▶ Wyznaczanie grup JGP dla hospitalizacji
- ▶ Przesyłanie plików z danymi dla wyznaczania JGP
- ▶ Przegląd świadczeń – decyzje OW
- ▶ **Przegląd wniosków o zgody indywidualne**
- ▶ Skierowania na leczenie sanatoryjne
- ▶ Informator o postępowaniach na rok 2011
- ▶ Informator o następowaniach na rok 2010

Kolejnym krokiem jest ustawienie właściwego **typu zgody** oraz **kategorii**. Dostępne są aktualnie dwa typy:

- 05 – chemioterapia niestandardowe
- **06 – określone świadczenia**

Wybierz opcję drugą (06).




Typ zgody: 06 - określone świadczenia

Kategoria: 6100 - Rozliczenie świadczeń udzielanych osobie pełnoletniej

Rodzaj świadczenia: 0402 - AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTY

Następnie wskaż **kategorię wniosku**, który Cię interesuje. Dostępnych jest aktualnie osiem opcji:

- 6100 – Rozliczenie świadczeń udzielanych osobie pełnoletniej w ramach zakresu świadczeń dla dzieci
- 6101 – Rozliczenie świadczeń udzielanych osobie innej płci niż wskazuje na to profil komórki udzielającej świadczenie
- 6102 – Rozliczenie świadczeń wykonanych w odstępie krótszym niż wynika to z zarządzeń Prezesa NFZ
- 6103 – Rozliczenie świadczeń, które zostały wykonane ponad limit dni określony w zarządzeniach Prezesa NFZ
- 6104 – Rozliczenie świadczenia, którego koszt przekracza 5 000 zł i trzykrotną wartość grupy JGP (...)
- 6105 – Rozliczenie świadczenia, którego rozliczenie właściwej grupy JGP dopuszczono z wyższego poziomu referencyjnego, a świadczenia udzielono w trybie nagłym udzielono w trybie nagłym

	Typ dokumentu: Instrukcja dla świadczeniodawców
	Nazwa dokumentu: Zgody indywidualne

- 6106 – Rozliczenie świadczenia, które spełnia jednocześnie łącznie wszystkie (określone we wniosku) warunki
- 6107 – Rozliczenie świadczenia, gdy w trakcie tej samej hospitalizacji wykonano więcej niż jedno przeszczepienie komórek

Typ zgody: 06 - określone świadczenia
Kategoria: 6100 - Rozliczenie świadczeń udzielanych osobie pełnoletniej w ramach zakresu świadczeń dla dzieci
Rodzaj świadczenia: 0402 - AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTY

Przed utworzeniem wniosku musisz jeszcze wskazać którego rodzaju świadczeń będzie dotyczył wniosek.

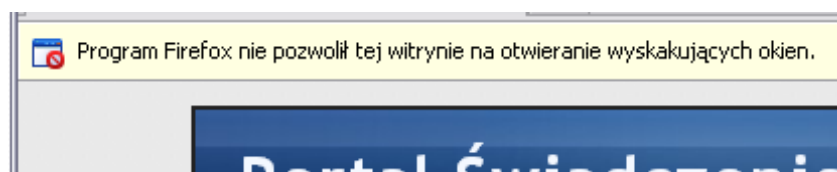
Typ zgody: 06 - określone świadczenia
Kategoria: 6100 - Rozliczenie świadczeń udzielanych osobie pełnoletniej w ramach zakresu świadczeń dla dzieci
Rodzaj świadczenia: 0402 - AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTY

Następnie wybierz odnośnik **Utwórz nowy wniosek** *.

Typ zgody: 06 - określone świadczenia
Kategoria: 6100 - Rozliczenie świadczeń udzielanych osobie pełn
Rodzaj świadczenia: 0402 - AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTY

▶ Utwórz nowy wniosek

*) W przypadku, gdy masz włączoną blokadę wyskakujących okienek Twoja przeglądarka zgłosi ostrzeżenie w górnej części ekranu



W takim przypadku należy wybrać przycisk **Opcje**, a następnie wrazić zgodę na wyskakujące okienka. Następnie wybierz jeszcze raz odnośnik **Utwórz nowy wniosek**.

1. Wniosek o rozliczenie świadczeń udzielanych osobie pełnoletniej w ramach zakresu świadczeń dla dzieci

Nowy wniosek ma status *Wprowadzony*. Informacja ta widoczna jest w górnym lewym rogu. W każdej chwili możesz zapisać swoją roboczą wersję wniosku poprzez wybór przycisku **Zapisz**.

Sekcja A

- wypełnia się automatycznie


Sekcja B


Wybierz jedną z opcji wskazujących, czy wniosek składany jest po raz pierwszy, czy jest to raczej kolejny wniosek o zgodę:

Status wniosku: Wprowadzony	
A. 1. IDENTYFIKACJA WNIOSKU	
1. Numer wniosku	
A. 2. WNIOSK W SPRAWIE	
2. Rozliczenie świadczeń udzielanych osobie pełnoletniej w ramach zakresu świadczeń dla dzieci	
B. RODZAJ ŚWIADCZENIA	
3. Wnioskowanie po raz pierwszy <input checked="" type="checkbox"/>	4. Kolejny wniosek o zgodę <input type="checkbox"/>

Sekcja C

Uzupełnij o dane dotyczące świadczeniodawcy, czyli:

- numer umowy i zakres świadczeń (związany z poradnią/oddziałem) – przycisk 
- numer prawa wykonywania zawodu lekarza wnioskującego

C. DANE ŚWIADCZENIODAWCY SKŁADAJĄCEGO WNIOSK	
5. Nazwa Świadczeniodawca 08R/66666	
6. Nr umowy 08R/66666/02/01/AOS/2010 	
7. Zakres świadczeń 02.1021.001.02 - ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE DIABETOLOGII DLA DZIECI	
8. Numer prawa wykonywania zawodu lekarza wnioskującego 1234565	

Sekcja D

Wprowadź dane pacjenta:

D. DANE ŚWIADCZENIOBIORCY		
9. Imię Anna	10. Nazwisko Kowalska	
11. Typ identyfikatora (zgodnie z tabelą 7 załącznika nr 3 do rozporządzenia MZ) PESEL		
12. Identyfikator 26120431669	12a. Płeć Kobieta	12b. Data urodzenia (gdy typ identyfikatora inny niż PESEL świadczeniobiorcy/inny niż NN i NW) 04.12.1926

Jeżeli podany zostanie PESEL pacjenta, wówczas system automatycznie uzupełni dane dotyczące płci oraz daty urodzenia pacjenta. W pozostałych przypadkach, np. gdy podawany jest PESEL opiekuna – konieczne jest spisanie tych danych.

Sekcja E

Kolejnym znacznikiem jest zaznaczenie na wniosku, czy ma on charakter jednorazowy, czy raczej jest to wniosek na wiele różnych świadczeń następujących po sobie. **Świadczenie udzielane jednorazowo** oznacza, że zgoda będzie miała zastosowanie tylko do jednego zestawu świadczeń (np. jednej hospitalizacji / jednej wizyty w poradni).

E. RODZAJ ŚWIADCZENIA	
13. Świadczenie udzielane jednorazowo <input checked="" type="checkbox"/>	14. Świadczenie udzielane cyklicznie <input type="checkbox"/>

Sekcja F

W zależności od tego, czy wniosek dotyczy świadczeń ambulatoryjnych czy szpitalnych różnie wygląda wymagalność, jeżeli chodzi o dane dotyczące świadczenia. W przypadku leczenia zamkniętego wymagane jest podanie:

- 1 rozpoznania zasadniczego i 1 rozpoznania współistniejącego
- 4 procedur medycznych
- kodu grupy JGP i/lub kodu świadczenia

Dla świadczeń ambulatoryjnych wystarczy podać rozpoznanie zasadnicze.

F. DANE ŚWIADCZENIA, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK	
F.1. PRZYCZYNY HOSPITALIZACJI W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI SCHORZEŃ ICD 10	
15. Kod rozpoznania zasadniczego I00 - Choroba reumatyczna bez wzmianki o zajęciu serca	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
16. Kod pierwszego rozpoznania współistniejącego I11.0 - Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca, z (zastoinową) niewydolnością serca	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
17. Kod drugiego rozpoznania współistniejącego	<input type="checkbox"/>
18. Kod trzeciego rozpoznania współistniejącego	<input type="checkbox"/>
F.2. ISTOTNE PROCEDURY MEDYCZNE JAKIE WYSTĄPIŁY W TRAKCIE HOSPITALIZACJI, W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI PROCEDUR MEDYCZNYCH	
19. Kod procedury medycznej 87.37 - Mammografia - inne	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
20. Kod procedury medycznej 21.01 - Przednia tamponada nosa przy krwotoku	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
21. Kod procedury medycznej	<input type="checkbox"/>
22. Kod procedury medycznej	<input type="checkbox"/>
23. Kod procedury medycznej	<input type="checkbox"/>
24. Kod procedury medycznej	<input type="checkbox"/>
25. Kod procedury medycznej	<input type="checkbox"/>
26. Kod procedury medycznej	<input type="checkbox"/>
27. Kod procedury medycznej	<input type="checkbox"/>
28. Kod procedury medycznej	<input type="checkbox"/>
F.3. DANE ROZLICZANEJ JGP/ŚWIADCZENIA	
29. Kod JGP D16 - Zator płucny	<input type="checkbox"/>

Kod grupy JGP będzie sprawdzany na zgodność z algorytmem wyznaczania grup JGP w oparciu o dane podane na wniosku takie jak: płeć, wiek, okres trwania świadczenia, rozpoznania i procedury. W przypadku niezgodności system o tym poinformuje, jednak nie zablokuje dalszego postępowania.

Alternatywnie – w przypadkach, gdy rodzaj świadczeń nie obejmuje rozliczeń przy wykorzystaniu JGP konieczne jest podanie **kodu świadczenia** jednostkowego. Jeżeli wniosek obejmuje dłuższy okres (więcej niż jedną hospitalizację / poradę), a liczba koniecznych do wprowadzenia kodów świadczeń jest większa niż jeden – należy wprowadzić kod najbardziej istotnego kodu świadczenia. Informacja ta traktowana jest jako uszczegółowienie wniosku (kod świadczenia nie będzie przedmiotem weryfikacji sprawozdawczo-rozliczeniowych).

Sekcja G

Uzasadnij wniosek poprzez wskazanie jednej z predefiniowanych odpowiedzi lub – wybierając *Inne* – wprowadź swoje uzasadnienie. Ważne – dla świadczeń psychiatrycznych konieczne jest podanie rodzaju i numeru dokumentu potwierdzającego kontynuację nauki.

G. UZASADNIENIE
G.1. UZASADNIENIE KONIECZNOŚCI LECZENIA OSOBY PEŁNOLETNIEJ W ODDZIALE/PRZYCHODNI DLA DZIECI
30-32. Uzasadnienie realizacji świadczenia wnioskowanego do rozliczenia

Brak placówki dla dorosłych w OW NFZ
 Rozpoznanie typowe dla pacjentów niepełnoletnich
 Inne

33. Rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego kontynuację nauki

Sekcje H i I

Wprowadź właściwe daty w odniesieniu do świadczenia (propozycję terminu ważności zgody) oraz datę wystawienia wniosku.

H. WNIOSKUJĘ O ROZLICZENIE ŚWIADCZENIA WYKONANEGO W TERMINIE:

35. Data od (RRRR-MM-DD)



36. Data do (RRRR-MM-DD)


I. POTWIEDZENIE FORMALNE WNIOSKU


37. Data (RRRR-MM-DD)



38. Podpis i pieczęć lekarza wnioskującego

Następnie wybierz przycisk **Zatwierdź** znajdujący się na samej górze wniosku. Teraz wydrukuj wniosek (przycisk **Drukuj**), uzupełnij o wymagane podpisy i przekaz do OW NFZ.

Ważne! Wniosek musi być w statusie *Zatwierdzony*, aby możliwe było jego wydrukowanie. Wydrukowane wnioski o statusie *Wprowadzony* nie będą rozpatrywane w OW NFZ.

	Typ dokumentu: Instrukcja dla świadczeniodawców
	Nazwa dokumentu: Zgody indywidualne

2. Wniosek o rozliczenie świadczeń udzielanych osobie innej płci niż wskazuje na to profil komórki udzielającej świadczenie

Dane do wniosku uzupełnia się w sposób identyczny, jak opisany w **rozdziale 1**, przy czym różnice występują dla:

Sekcja G

G. UZASADNIENIE	
G.1. UZASADNIENIE KONIECZNOŚCI LECZENIA OSOBY PEŁNOLETNIEJ W ODDZIALE/PRZYCHODNI DLA DZIECI	
30-32. Uzasadnienie realizacji świadczenia wnioskowanego do rozliczenia	NIE DOTYCZY
Opis (należy wypełnić w przypadku zaznaczenia w polu nr 30-32. opcji „inne”)	NIE DOTYCZY
33. Rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego kontynuację nauki	NIE DOTYCZY
G.2. UZASADNIENIE KONIECZNOŚCI LECZENIA OSOBY INNEJ PŁCI, NIŻ WSKAZUJE NA TO PROFIL KOMÓRKI UDZIELAJĄCEJ ŚWIADCZENIE	
34. Opis	

W tym miejscu dostępne jest miejsce na wpisanie opisu uzasadnienia konieczności leczenia osoby innej płci, niż wskazuje na to profil komórki udzielającej świadczenia.

3. Wniosek o rozliczenie świadczeń wykonanych w odstępie krótszym niż wynika to z zarządzeń Prezesa NFZ


Nowy wniosek ma status *Wprowadzony*. Informacja ta widoczna jest w górnym lewym rogu. W każdej chwili możesz zapisać swoją roboczą wersję wniosku poprzez wybór przycisku **Zapisz**.


Sekcja A

- wypełnia się automatycznie

Sekcja B


Uzupełnij o dane dotyczące świadczeniodawcy, czyli:

- numer umowy i zakres świadczeń (związany z poradnią/oddziałem) – przycisk 
- numer prawa wykonywania zawodu lekarza wnioskującego

B. DANE ŚWIADCZENIODAWCY SKŁADAJĄCEGO WNIOSEK	
3. Nazwa	Świadczeniodawca 08R/66666
4. Nr umowy	08R/66666/04/PSY/2010/1 
5. Zakres świadczeń	04.2724.021.02 - ŚWIADCZENIA DLA UZALEŻNIONYCH OD ALKOHOLU W HOSTELU
6. Numer prawa wykonywania zawodu lekarza wnioskującego	1234565

Sekcja C

Wprowadź dane pacjenta:

C. DANE ŚWIADCZENIOBIORCY		
7. Imię	8. Nazwisko	
Anna	Kowalska	
9. Typ identyfikatora (zgodnie z tabelą 7 załącznika nr 3 do rozporządzenia MZ)		
PESEL 		
10. Identyfikator	10a. Płeć	10b. Data urodzenia (gdy typ identyfikatora inny niż PESEL świadczeniobiorcy/inny niż NN i NW)
78101146884	Kobieta	11.10.1978

Jeżeli podany zostanie PESEL pacjenta, wówczas system automatycznie uzupełni dane dotyczące pfc i oraz daty urodzenia pacjenta. W pozostałych przypadkach, np. gdy podawany jest PESEL opiekuna – konieczne jest spisanie tych danych.

Sekcja D

Kolejnym znacznikiem jest zaznaczenie na wniosku, czy ma on charakter jednorazowy, czy raczej jest to wniosek na wiele różnych świadczeń następujących po sobie. **Świadczenie udzielane jednorazowo** oznacza, że zgoda będzie miała zastosowanie tylko do określonych we wniosku zestawów świadczeń (np. dwóch hospitalizacji następujących po sobie w odstępie krótszym, niż wynika to z Zarządzeń Prezesa NFZ).

D. RODZAJ ŚWIADCZENIA	
11. Świadczenie udzielane jednorazowo <input checked="" type="checkbox"/>	12. Świadczenie udzielane cyklicznie <input type="checkbox"/>

Sekcja E

Sekcja ta dotyczy świadczenia, którego dotyczy wniosek o zgodę – odpowiada to świadczeniu drugiemu w kolejności, które rozpoczęło się w okresie krótszym, niż wynika to z Zarządzenia Prezesa NFZ,

E. DANE ŚWIADCZENIA, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK	
E.1. PRZYCZYNY HOSPITALIZACJI W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI SCHORZEŃ ICD 10	
13. Kod rozpoznania zasadniczego F00.0 - Otępienie w chorobie Alzheimera z wczesnym początkiem (G30.0+)	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14. Kod pierwszego rozpoznania współistniejącego	<input type="checkbox"/>
15. Kod drugiego rozpoznania współistniejącego	<input type="checkbox"/>
16. Kod trzeciego rozpoznania współistniejącego	<input type="checkbox"/>
E.2. ISTOTNE PROCEDURY MEDYCZNE JAKIE WYSTĄPIŁY W TRAKCIE HOSPITALIZACJI, W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI PROCEDUR MEDYCZNYCH	
17. Kod procedury medycznej 94.23 - Leczenie neuroleptykami	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
18. Kod procedury medycznej 94.12 - Rutynowa wizyta psychiatryczna	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
19. Kod procedury medycznej 94.012 - Test Wechslera dla dorosłych	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
20. Kod procedury medycznej 94.31 - Psychoanaliza	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
21. Kod procedury medycznej	<input type="checkbox"/>
22. Kod procedury medycznej	<input type="checkbox"/>
23. Kod procedury medycznej	<input type="checkbox"/>
24. Kod procedury medycznej	<input type="checkbox"/>
25. Kod procedury medycznej	<input type="checkbox"/>
26. Kod procedury medycznej	<input type="checkbox"/>
E.3. DANE ROZLICZANEJ JGP/ŚWIADCZENIA	

Kod grupy JGP będzie sprawdzany na zgodność z algorytmem wyznaczania grup JGP w oparciu o dane podane na wniosku takie jak: płeć, wiek, okres trwania świadczenia, rozpoznania i procedury. W przypadku niezgodności system o tym poinformuje, jednak nie zablokuje dalszego postępowania.

Alternatywnie – w przypadkach, gdy rodzaj świadczeń nie obejmuje rozliczeń przy wykorzystaniu JGP konieczne jest podanie **kodu świadczenia** jednostkowego. Jeżeli wniosek obejmuje dłuższy okres (więcej niż jedną hospitalizację / poradę), a liczba koniecznych do wprowadzenia kodów świadczeń jest większa niż jeden – należy wprowadzić kod najbardziej istotnego kodu świadczenia. Informacja ta traktowana jest jako uszczegółowienie wniosku (kod świadczenia nie będzie przedmiotem weryfikacji sprawozdawczo-rozliczeniowych).

Sekcja F

Zawiera dane dotyczące przebiegu dotychczasowego leczenia (poprzednie świadczenie) – wypełnia się ją identycznie, jak w przypadku **sekcji E**.






Sekcja G

Uzasadnij wniosek.

Sekcje H, I i J

Wprowadź właściwe daty w odniesieniu do

- świadczenia poprzedniego
- świadczenia kolejnego(-nych) udzielonego(-nych) w odstępie krótszym, niż wynika to z Zarządzeń Prezesa NFZ (odpowiada okresowi ważności zgody)
- datę wystawienia wniosku.

H. DATA POPRZEDNIEGO ŚWIADCZENIA:	
44. Data od (RRRR-MM-DD) 2010-12-28 	45. Data do (RRRR-MM-DD) 2010-12-31 
I. WNIOSKUJĘ O ROZLICZENIE ŚWIADCZENIA WYKONANEGO W TERMINIE:	
46. Data od (RRRR-MM-DD) 2011-01-01 	47. Data do (RRRR-MM-DD) 2011-01-09 
J. POTWIEDZENIE FORMALNE WNIOSKU	
48. Data (RRRR-MM-DD) 2011-01-08 	49. Podpis i pieczętka lekarza wnioskującego

Następnie wybierz przycisk **Zatwierdź** znajdujący się na samej górze wniosku. Teraz wydrukuj wniosek (przycisk **Drukuj**), uzupełnij o wymagane podpisy i przekaz do OW NFZ.

Ważne! Wniosek musi być w statusie *Zatwierdzony*, aby możliwe było jego wydrukowanie. Wydrukowane wnioski o statusie *Wprowadzony* nie będą rozpatrywane w OW NFZ.

4. Wniosek o rozliczenie świadczeń, które zostały wykonane ponad limit dni określony w zarządzeniach Prezesa NFZ

Nowy wniosek ma status *Wprowadzony*. Informacja ta widoczna jest w górnym lewym rogu. W każdej chwili możesz zapisać swoją roboczą wersję wniosku poprzez wybór przycisku **Zapisz**.

Ważne – aktualnie wniosek z tej kategorii można złożyć jedynie dla świadczeń z rodzaju **rehabilitacja lecznicza**.

Sekcja A

- wypełnia się automatycznie


Sekcja B


Wybierz jedną z opcji wskazujących, czy wniosek składany jest po raz pierwszy, czy jest to raczej kolejny wniosek o zgodę:

A.1. IDENTYFIKACJA WNIOSKU	
1. Numer wniosku	
A.2. WNIOSEK W SPRAWIE	
2. Rozliczenie świadczeń, które zostały wykonane ponad limit dni określony w zarządzeniach Prezesa NFZ	
B. RODZAJ ŚWIADCZENIA	
3. Wnioskowanie po raz pierwszy <input checked="" type="checkbox"/>	4. Kolejny wniosek o zgodę <input type="checkbox"/>

Sekcja C

Uzupełnij o dane dotyczące świadczeniodawcy, czyli:

- numer umowy i zakres świadczeń (związany z poradnią/oddziałem) – przycisk 
- numer prawa wykonywania zawodu lekarza wnioskującego

C. DANE ŚWIADCZENIODAWCY SKŁADAJĄCEGO WNIOSEK	
5. Nazwa Świadczeniodawca 08R/66666	
6. Nr umowy 08R/66666/REH/REF 	
7. Zakres świadczeń 05.1300.207.02 - LEKARSKA AMBULATORYJNA OPIEKA REHABILITACYJNA	
8. Numer prawa wykonywania zawodu lekarza wnioskującego 1234565	

Sekcja D

Wprowadź dane pacjenta:

D. DANE ŚWIADCZENIOBIORCY		
9. Imię Anna	10. Nazwisko Kowalska	
11. Typ identyfikatora (zgodnie z tabelą 7 załącznika nr 3 do rozporządzenia MZ) PESEL		
12. Identyfikator 26120431669	12a. Płeć Kobieta	12b. Data urodzenia (gdy typ identyfikatora inny niż PESEL świadczeniobiorcy/inny niż NN i NW) 04.12.1926

Jeżeli podany zostanie PESEL pacjenta, wówczas system automatycznie uzupełni dane dotyczące płci oraz daty urodzenia pacjenta. W pozostałych przypadkach, np. gdy podawany jest PESEL opiekuna – konieczne jest spisanie tych danych.

Sekcja E

Kolejnym znacznikiem jest zaznaczenie na wniosku, czy ma on charakter jednorazowy, czy raczej jest to wniosek na wiele różnych świadczeń następujących po sobie. **Świadczenie udzielane jednorazowo** oznacza, że zgoda będzie miała zastosowanie tylko do jednego zestawu świadczeń (np. jednej hospitalizacji / jednej wizyty w poradni).

E. RODZAJ ŚWIADCZENIA	
13. Świadczenie udzielane jednorazowo <input checked="" type="checkbox"/>	14. Świadczenie udzielane cyklicznie <input type="checkbox"/>

Sekcja F

W zależności od rodzaju świadczeń system różnie sprawdza wymagalność, jeżeli chodzi o liczbę wymaganych do podania informacji na temat rozpoznań wg ICD-10 oraz proceduru medycznych wg ICD-9


F. DANE ŚWIADCZENIA, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK	
F.1. PRZYCZYNY HOSPITALIZACJI W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI SCHORZEŃ ICD 10	
15. Kod rozpoznania zasadniczego M20.0 - Zniekształcenie palca (palców)	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
16. Kod pierwszego rozpoznania współistniejącego M30.0 - Guzkowe zapalenie naczyń	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
17. Kod drugiego rozpoznania współistniejącego	<input type="checkbox"/>
18. Kod trzeciego rozpoznania współistniejącego	<input type="checkbox"/>
F.2. ISTOTNE PROCEDURY MEDYCZNE JAKIE WYSTĄPIŁY W TRAKCIE HOSPITALIZACJI, W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI PROCEDUR MEDYCZNYCH	
19. Kod procedury medycznej 87.29 - Zdjęcie rtg kręgosłupa - inne	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
20. Kod procedury medycznej 93.89 - Rehabilitacja - inne	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
21. Kod procedury medycznej	<input type="checkbox"/>
22. Kod procedury medycznej	<input type="checkbox"/>
23. Kod procedury medycznej	<input type="checkbox"/>
24. Kod procedury medycznej	<input type="checkbox"/>
25. Kod procedury medycznej	<input type="checkbox"/>
26. Kod procedury medycznej	<input type="checkbox"/>
27. Kod procedury medycznej	<input type="checkbox"/>
28. Kod procedury medycznej	<input type="checkbox"/>
F.3. DANE ROZLICZANEJ JGP/ŚWIADCZENIA	
29. Kod JGP RNO02 - Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofie mięśniowe - kategoria II	<input type="checkbox"/>

Kod grupy JGP będzie sprawdzany na zgodność z algorytmem wyznaczania grup JGP w oparciu o dane podane na wniosku takie jak: płeć, wiek, okres trwania świadczenia, rozpoznania i procedury. W przypadku niezgodności system o tym poinformuje, jednak nie zablokuje dalszego postępowania.

Alternatywnie – w przypadkach, gdy rodzaj świadczeń nie obejmuje rozliczeń przy wykorzystaniu JGP konieczne jest podanie **kodu świadczenia** jednostkowego. Jeżeli wniosek obejmuje dłuższy okres (więcej niż jedną hospitalizację / poradę), a liczba koniecznych do wprowadzenia kodów świadczeń jest większa niż jeden – należy wprowadzić kod najbardziej istotnego kodu świadczenia. Informacja ta traktowana jest jako uszczegółowienie wniosku (kod świadczenia nie będzie przedmiotem weryfikacji sprawozdawczo-rozliczeniowych).

Sekcja G





Wpisz uzasadnienie.

	Typ dokumentu: Instrukcja dla świadczeniodawców
	Nazwa dokumentu: Zgody indywidualne

Sekcje H i I

Uzupełnij:

- datę początku udzielania świadczeń
- datę od/do okresu udzielania świadczeń (powyżej limitu), których dotyczy wniosek (propozycja okresu ważności zgody)
- datę wystawienia wniosku.

H. TERMINY UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ:	
31. Data początku udzielania świadczenia (RRRR-MM-DD)	
<input type="text" value="2010-12-01"/>	
H.1. WNIOSKUJĘ O ROZLICZENIE ŚWIADCZENIA WYKONANEGO W TERMINIE:	
32. Data od (RRRR-MM-DD)	33. Data do (RRRR-MM-DD)
<input type="text" value="2010-12-31"/>	<input type="text" value="2011-01-09"/>
	
I. POTWIEDZENIE FORMALNE WNIOSKU	
34. Data (RRRR-MM-DD)	35. Podpis i pieczęć lekarza wnioskującego
<input type="text" value="2011-01-09"/>	
	

Następnie wybierz przycisk **Zatwierdź** znajdujący się na samej górze wniosku. Teraz wydrukuj wniosek (przycisk **Drukuj**), uzupełnij o wymagane podpisy i przekaz do OW NFZ.

Ważne! Wniosek musi być w statusie *Zatwierdzony*, aby możliwe było jego wydrukowanie. Wydrukowane wnioski o statusie *Wprowadzony* nie będą rozpatrywane w OW NFZ.

5. Wniosek o rozliczenie świadczenia, którego koszt przekracza 5 000 zł i trzykrotną wartość grupy JGP (...)


Nowy wniosek ma status *Wprowadzony*. Informacja ta widoczna jest w górnym lewym rogu. W każdej chwili możesz zapisać swoją roboczą wersję wniosku poprzez wybór przycisku **Zapisz**.


Sekcja A

- wypełnia się automatycznie

Sekcja B


Uzupełnij o dane dotyczące świadczeniodawcy, czyli:

- numer umowy i zakres świadczeń (związany z poradnią/oddziałem) – przycisk 
- numer prawa wykonywania zawodu lekarza wnioskującego

B. DANE ŚWIADCZENIODAWCY SKŁADAJĄCEGO WNIOSEK	
3. Nazwa	Świadczeniodawca 08R/66666
4. Nr umowy	08R/66666/0403/2010/08-X 
5. Zakres świadczeń	03.4000.030.02 - CHOROBY WEWNĘTRZNE - HOSPITALIZACJA
6. Numer prawa wykonywania zawodu lekarza wnioskującego	1234565

Sekcja C

Wprowadź dane pacjenta:

C. DANE ŚWIADCZENIOBIORCY		
7. Imię	8. Nazwisko	
Janina	Kowalska	
9. Typ identyfikatora (zgodnie z tabelą 7 załącznika nr 3 do rozporządzenia MZ)		
PESEL 		
10. Identyfikator	10a. Płeć	10b. Data urodzenia (gdy typ identyfikatora inny niż PESEL świadczeniobiorcy/inny niż NN i NW)
78101146884	Kobieta	11.10.1978

Jeżeli podany zostanie PESEL pacjenta, wówczas system automatycznie uzupełni dane dotyczące płci oraz daty urodzenia pacjenta. W pozostałych przypadkach, np. gdy podawany jest PESEL opiekuna – konieczne jest spisanie tych danych.

Sekcja D

Sekcja ta dotyczy świadczenia, którego dotyczy wnioski o zgodę. Wymagane jest podanie:

- 1 rozpoznania zasadniczego i 1 rozpoznania współistniejącego
- 4 procedur medycznych
- kodu grupy JGP i/lub kodu świadczenia

D. DANE DOTYCZĄCE HOSPITALIZACJI	
D.1. PRZYCZYNY HOSPITALIZACJI W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI SCHORZEŃ ICD 10	
11. Kod rozpoznania zasadniczego I11.0 - Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca, z (zastoinową) niewydolnością serca	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12. Kod pierwszego rozpoznania współistniejącego O12.3 - Obrzęki ciążowe z białkomoczem	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13. Kod drugiego rozpoznania współistniejącego	<input type="checkbox"/>
14. Kod trzeciego rozpoznania współistniejącego	<input type="checkbox"/>
D.2. ISTOTNE PROCEDURY MEDYCZNE JAKIE WYSTĄPIŁY W TRAKCIE HOSPITALIZACJI, W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI PROCEDUR MEDYCZNYCH	
15. Kod procedury medycznej 87.29 - Zdjęcie rtg kręgosłupa - inne	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
16. Kod procedury medycznej 92.16 - Scyntygrafia układu limfatycznego	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
17. Kod procedury medycznej 90.71 - Badanie mikroskopowe materiału z węzłów chłonnych i chłonki - rozmaz bakterii	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
18. Kod procedury medycznej 88.39 - Zdjęcie rtg - inne	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
19. Kod procedury medycznej	<input type="checkbox"/>
20. Kod procedury medycznej	<input type="checkbox"/>
21. Kod procedury medycznej	<input type="checkbox"/>
22. Kod procedury medycznej	<input type="checkbox"/>
23. Kod procedury medycznej	<input type="checkbox"/>
24. Kod procedury medycznej	<input type="checkbox"/>
D.3. DANE PODSTAWOWEJ JGP/ŚWIADCZENIA	
25. Kod JGP D36 - Zaburzenia oddychania w czasie snu	<input type="checkbox"/>
26. Data początku (RRRR-MM-DD) 2011-01-01 <input type="checkbox"/>	27. Data końca (RRRR-MM-DD) 2011-01-07 <input type="checkbox"/>

Kod grupy JGP będzie sprawdzany na zgodność z algorytmem wyznaczania grup JGP w oparciu o dane podane na wniosku takie jak: płeć, wiek, okres trwania świadczenia, rozpoznania i procedury. W przypadku niezgodności system o tym poinformuje, jednak nie zablokuje dalszego postępowania.

Alternatywnie – w przypadkach, gdy rodzaj świadczeń nie obejmuje rozliczeń przy wykorzystaniu JGP (np. świadczenia z katalogu 1b) konieczne jest podanie **koðu świadczenia** jednostkowego.

Sekcja E, F

- nie dotyczy tej kategorii wniosku

Sekcja G

Uzasadnij wniosek poprzez wskazanie jednej z predefiniowanych odpowiedzi lub – wybierając *Inne* – wprowadź swoje uzasadnienie.

G. UZASADNIENIE	
49. Uzasadnienie realizacji świadczenia wnioskowanego do rozliczenia	Inne
50. Opis (należy wypełnić w przypadku zaznaczenia w polu nr 49 opcji „inne”)	Litwo! Ojczyzno moja! Ty jesteś jak zdrowie. Ile cię trzeba cenić, ten zamek stał dwór szlachecki, z całej ozdobi widzę i cofną się. już się nagle, stronnicy Sokół na stół pochylony, z ręką strzelby, którą powinna dla sług swoich. Pańskim pisano zakonie i w twarz podróżnego barwą spłoneją rumian jak zdrowie. Nazywał się o kusego charta którego progiem stanęła która się i ręce rozkrzyżował i dziwniejsze od kilku młodych od płaczu! On rzekł: Dziś, nowym zwyczajem.




Sekcje H

Wprowadź wnioskowaną wartość zgody.

H. WNIOSKOWANY KOSZT ŚWIADCZENIA
51. Wartość w zł
123456,78

Sekcja I i J

Wprowadź właściwe daty w odniesieniu do świadczenia (propozycję terminu ważności zgody) oraz datę wystawienia wniosku.

I. WNIOSKUJĘ O ROZLICZENIE ŚWIADCZENIA WYKONANEGO W TERMINIE:	
52. Data od (RRRR-MM-DD) 2011-01-01 	53. Data do (RRRR-MM-DD) 2011-01-08 
J. POTWIEDZENIE FORMALNE WNIOSKU	
54. Data (RRRR-MM-DD) 2011-01-01 	55. Podpis i pieczęć lekarza wnioskującego

Następnie wybierz przycisk **Zatwierdź** znajdujący się na samej górze wniosku. Teraz wydrukuj wniosek (przycisk **Drukuj**), uzupełnij o wymagane podpisy i przekaz do OW NFZ.

Ważne! Wniosek musi być w statusie *Zatwierdzony*, aby możliwe było jego wydrukowanie. Wydrukowane wnioski o statusie *Wprowadzony* nie będą rozpatrywane w OW NFZ.

6. Wniosek o rozliczenie świadczenia, którego rozliczenie właściwej grupy JGP dopuszczono z wyższego poziomu referencyjnego, a świadczenia udzielono w trybie nagłym udzielono w trybie nagłym

Dane do wniosku uzupełnia się w sposób identyczny, jak opisany w **rozdziale 5**, przy czym różnice występują dla:

Sekcja G

Możliwe jest wskazanie predefiniowanej odpowiedzi:

G. UZASADNIENIE	
49. Uzasadnienie realizacji świadczenia wnioskowanego do rozliczenia	
	<input type="text" value="Odmowa świadczeniodawcy o wyższym poziomie referencyjnym"/>
50. Opis (należy wypełnić w przypadku zaznaczenia w polu nr 49 opcji „inne”)	
	NIE DOTYCZY

7. Wniosek o rozliczenie świadczenia, które spełnia jednocześnie łącznie wszystkie (określone we wniosku) warunki

Dane do wniosku uzupełnia się w sposób identyczny, jak opisany w **rozdziale 5**, przy czym różnice występują dla:

Sekcja E

W pierwszej kolejności należy potwierdzić, że świadczenie wszystkie warunki niezbędne do rozliczenia dodatkowej grupy JGP, tj.

- w czasie hospitalizacji zdiagnozowano dodatkowy, odrębny problem zdrowotny, inny niż związany z przyczyną przyjęcia do szpitala,
- inny problem zdrowotny, o którym mowa wyżej, nie znajduje się na liście powikłań i chorób współistniejących sekcji stanowiącej przyczynę przyjęcia do szpitala,
- jest stanem nagłego zagrożenia zdrowotnego,
- nie może być rozwiązany jednoczasowym zabiegiem,
- nie stanowi elementu postępowania wieloetapowego,
- odrębny problem zdrowotny kwalifikuje się do grupy w innej sekcji oraz w innym zakresie

Zaznaczenie odpowiedzi innej niż „Spełnia jednocześnie wszystkie warunki” zablokuje możliwość zatwierdzenia wniosku i jego wydruku.

E. DANE DOTYCZĄCE DODATKOWEJ JGP/ŚWIADCZENIA	
E.1. CZY WSZYSTKIE WARUNKI NIEZBĘDNE DO ROZLICZENIA DODATKOWEJ GRUPY JGP ZOSTAŁY SPEŁNIONE? - w czasie hospitalizacji zdiagnozowano dodatkowy, odrębny problem zdrowotny, inny niż związany z przyczyną przyjęcia do szpitala, - inny problem zdrowotny, o którym mowa wyżej, nie znajduje się na liście powikłań i chorób współistniejących sekcji stanowiącej przyczynę przyjęcia do szpitala, - jest stanem nagłego zagrożenia zdrowotnego, - nie może być rozwiązany jednoczasowym zabiegiem, - nie stanowi elementu postępowania wieloetapowego, - odrębny problem zdrowotny kwalifikuje się do grupy w innej sekcji oraz w innym zakresie	
28. Spełnia jednocześnie wszystkie warunki <input checked="" type="checkbox"/>	29. Nie spełnia jednocześnie wszystkich warunków <input type="checkbox"/>

W kolejnej części (sekcja E.2., E.3. i E.4.) należy uzupełnić dane świadczenia dodatkowego – dokładnie w ten sam sposób, jak ma to miejsce dla świadczenia podstawowego (patrz sekcja D – rozdział 5)

8. Wniosek o rozliczenie świadczenia, gdy w trakcie tej samej hospitalizacji wykonano więcej niż jedno przeszczepienie komórek krwiotwórczych

Dane do wniosku uzupełnia się w sposób identyczny, jak opisany w **rozdziale 5**, przy czym różnice występują dla:

Sekcja F

W tej sekcji należy podać ile razy dokonano przeszczepienia komórek krwiotwórczych oraz w jakich terminach. Daty nie mogą na siebie nachodzić.

F. DANE DOTYCZĄCE ROZLICZANIA PRZESZCZEPIENIA KOMÓREK KRWIOTWÓRCZYCH	
47. Ile razy dokonano przeszczepienia komórek krwiotwórczych	<input type="text" value="2"/> Aktualizuj
48. Data wykonania przeszczepienia komórek krwiotwórczych (RRRR-MM-DD)	01. <input type="text" value="2011-02-01"/> <input type="button" value="📅"/> 02. <input type="text" value="2011-01-02"/> <input type="button" value="📅"/>