

pieczęć jednostki kierującej, adres, telefon
kod, nazwa komórki organizacyjnej
numer identyfikacyjny świadczeniodawcy

.....,dnia.....20....r

ZLECENIE NA TRANSPORT SANITARNY

TYP/RODZAJ TRANSPORTU	K <input type="checkbox"/>	T <input type="checkbox"/>	P <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/>	KONSULTACJA <input type="checkbox"/>
	Transport krwi	Transport z sanitariuszem	Transport z ratownikiem	Transport spec. z lekarzem	

Proszę o przewiezienie pacjenta/pacjentki

..... lat.....
imię i nazwisko

adres..... telefon.....

PESEL																			
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

rozpoznanie..... kod(ICD10).....
w języku polskim

Z.....
.....
nazwa jednostki, adres

w dniu..... o godzinie.....
w pozycji do
.....
nazwa jednostki, adres

cel przewozu

1. konieczności podjęcia natychmiastowego leczenia w podmiocie leczniczym	*
2. wynikających z potrzeby zachowania ciągłości leczenia	*
3. dysfunkcja narządu ruchu uniemożliwiająca korzystanie ze środków transportu publicznego (w celu odbycia leczenia – do najbliższego podmiotu udzielającego świadczeń we właściwym zakresie i z powrotem)	*
4. Inne wyżej nie wymienione	*

* właściwe zaznaczyć znakiem „X”

odpłatność*: 100% ☐ 60% ☐ bezpłatny ☐

*właściwą odpłatność zaznaczyć znakiem „X”

.....
podpis i pieczęć lekarza

Pouczenie dla ubezpieczonego

Zgodnie z art. 41 ust. 1, 2, 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – w przypadku zlecenia transportu sanitarnego ubezpieczonemu w celu innym niż:

- 1) konieczność podjęcia natychmiastowego leczenia w podmiocie leczniczym lub potrzeba zachowania ciągłości leczenia;
- 2) konieczność przewozu osób ubezpieczonych posiadających dysfunkcję narządu ruchu uniemożliwiającą korzystanie ze środków transportu publicznego w celu odbycia leczenia - do najbliższego podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń we właściwym zakresie, i z powrotem.

i wobec którego ustalono:

zdolny do samodzielnego poruszania się bez pomocy innej osoby, przy wykorzystaniu środków pomocniczych i ortopedycznych i
zdolny do korzystania z środków transportu publicznego – świadczenie płatne w 100% przez ubezpieczonego,

zdolny do samodzielnego poruszania się bez stałej pomocy innej osoby ale wymaga przy korzystaniu z środka transportu publicznego pomocy innej osoby, lub środka transportu publicznego dostosowanego do potrzeb osób niepełnosprawnych – świadczenie finansowane w 40% ze środków publicznych.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z powyższym pouczeniem i bez zastrzeżeń wyrażam zgodę na poniesienie kosztów przewozu na zasadach wyżej ustalonych.

.....
Podpis ubezpieczonego

.....
podpis i pieczęć lekarza