pieczęć jednostki kierującej, adres, telefon

kod, nazwa komórki organizacyjnej

numer identyfikacyjny świadczeniodawcy

|  |
| --- |
|  |

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

**ZLECENIE NA TRANSPORT SANITARNY**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***TYP/RODZAJ TRANSPORTU*** | ***K*** ***□***  ***Transport krwi*** | ***T □***  ***Transport***  ***z sanitariuszem*** | ***P □***  ***Transport z ratownikiem*** | ***S □***  ***Transport spec. z lekarzem*** | ***KONSULTACJA***  ***□*** |

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”

***o*dpłatność*\**:** **100% □ 60% □ bezpłatny □**

\**właściwą odpłatność zaznaczyć znakiem „X”*

……………………………………

podpis i pieczątka 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 ubezpieczon*emu 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 pieczątka lekarza