|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SK MSWiA z W-MCO w Olsztynie  Al. Wojska Polskiego 37  10-228 Olsztyn  REGON: 510022366 | **Zlecenie na transport sanitarny** | F-CO-9-1-1 |

Data i godzina telefonicznego wezwania zespołu transportowego..........................................................................................................

Proszę o przewiezienie pacjenta/ pacjentki .............................................................................................................................................

Adres zamieszkania.................................................................................................................................................................................

Rozpoznanie.....................................................................................................................ICD10.............................................................

W pozycji: siedzącej / leżącej z opiekunem ..................................................................tel...................................................

W dniu................................................................................... o godzinie.....................................................................

|  |  |
| --- | --- |
| Transport z ( pieczątka Oddziału): | Transport do: |

**Data i godzina przekazania pacjenta zespołowi transportowemu.**.....................................................................................................

Standard zespołu:  **transport pilny:** TAK / NIE

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **S** |  | Lekarz+ 2 ratowników medycznych/ pielęgniarki systemu |
| **P** |  | 2 ratowników medycznych/ pielęgniarki systemu |
| **T** |  | 2 ratowników KPP |

**I - Transport bezpłatny / uzasadnienie** *(właściwe zaznaczyć x):*

|  |  |
| --- | --- |
|  | **konieczność podjęcia natychmiastowego leczenia w innym podmiocie leczniczym** |
|  | potrzeba zachowania ciągłości leczenia w innym podmiocie leczniczym |
|  | dysfunkcja narządu ruchu uniemożliwiająca korzystanie ze środków transportu publicznego  *(określić rodzaj dysfunkcji ):………………………………………………………………………… ………………...* |

**II - Transport częściowo płatny – pacjent 60% uzasadnienie** *(właściwe zaznaczyć x):*

|  |  |
| --- | --- |
|  | Pacjent jest zdolny do samodzielnego poruszania się bez stałej pomocy innej osoby, ale wymaga przy korzystaniu ze środków transportu publicznego pomocy innej osoby lub środka transportu publicznego dostosowanego do potrzeb osób niepełnosprawnych, przy stwierdzeniu chorób wymienionych w *§ 7 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (t.j. Dz.U. z 2017 r., poz.2295 z późn. zm*.), *(określić rodzaj choroby):*  chorób: krwi i narządów krwiotwórczych, nowotworowych, oczu, przemiany materii, psychicznych i zaburzeń zachowania, skóry i tkanki podskórnej,  chorób układu: krążenia, moczowo – płciowego, nerwowego, oddechowego, ruchu, trawiennego, wydzielania wewnętrznego, chorób zakaźnych, urazów i zatruć,  wad rozwojowych wrodzonych, zniekształceń i aberracji chromosomowych. |

**III – Transport w całości płatny przez pacjenta – 100%** / **uzasadnienie** *(właściwe zaznaczyć x):*

|  |  |
| --- | --- |
|  | pacjent nie wymaga leczenia w innym podmiocie leczniczym |
|  | pacjent nie wymaga hospitalizacji |

**Oświadczenie pacjenta/rodziny/opiekuna:**

|  |
| --- |
| *Wyrażam zgodę na poniesienie kosztów transportu w kwocie ……………….….......zł (słownie kwota )…………….................................................*  *Potwierdzenie wpłaty………………………………………………………………………………………………………….…*  *Data i czytelny podpis pacjenta/rodziny/opiekuna…………………………………………………………………………..* |
| ***Podstawa prawna:*** *art. 41 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych(t.j. Dz.U z 2019 r., poz. 1373 z późn. zm.); Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (t.j. Dz.U. z 2017 r., poz.2295 z późn. zm.).* |

Strona 1 z 2 **Pieczątka i podpis lekarza zlecającego transport.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SK MSWiA z W-MCO w Olsztynie  Al. Wojska Polskiego 37  10-228 Olsztyn  REGON: 510022366 | **Zlecenie na transport sanitarny** | F-CO-9-1-1 |

**Wypełnia wykonawca realizujący transport:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Przyjazd zespołu transportowego do szpitala | Data: | Godzina: |
| Odbiór pacjenta od Zamawiającego / z Oddziału | Godzina: |
| Przekazanie pacjenta w miejscu docelowym | Godzina: |
| Zakończenie transportu:  W miejscu stacjonowania  Inne, gdzie............................................................................... | Godzina: |
| Liczba kilometrów włącznie z powrotem do miejsca stacjonowania |  | |
| Liczba godzin włącznie z powrotem do miejsca stacjonowania |  | |

**Transport zrealizowany przez zespół:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zespół** | **Lekarz**  *( pieczątka i podpis)* | **Ratownik 1**  *( pieczątka i podpis)* | **Ratownik 2 / kierowca**  *( pieczątka i podpis)* |
| SK MSWiA  ....................  .................... |  |  |  |

**Uwagi:**

Strona 2 z 2