**Załącznik do umowy - Pakiet 2**

………………………………………………….. ……………………………….........  
(pieczątka jednostki kierującej) miejscowość data

**ZLECENIE NA PRZEWIEZIENIE CHOREGO**

Nazwisko i imię chorego………………………………………………………..………………………………….PESEL………………………………………………………….......................  
Adres………………………………………………………………………………………………………………………..Telefon…………………………………………………………………………….  
Skąd…………………………………………………………………..dokąd………………………………………………………………………………………………………………………………………  
 (nazwa oddziału) (miejsce zamieszkania, nazwa zakładu, adres szpitala)

Data…………………..Godzina………………….  
Rozpoznanie………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………..........................................  
**I. Rodzaj transportu**  **II. Rodzaj płatności**  
**S ⬜** z lekarzem + ratownik medyczny **⬜** bezpłatny  
**P ⬜** z ratownikiem medycznym **⬜** płatny 100%  
**T ⬜** sanitarny **⬜** płatny 60%

**III. Cel przewozu bezpłatnego**  
**a/ ⬜** konieczność podjęcia natychmiastowego leczenia w podmiocie leczniczym  
**b/ ⬜** ciągłość leczenia  
**c/ ⬜** dysfunkcja narządu uniemożliwiająca korzystanie ze środków transportu publicznego w celu odbycia leczenia do najbliższego podmiotu leczniczego   
 i z powrotem  
**d/ ⬜** dysfunkcja narządu uniemożliwiająca korzystanie ze środków transportu publicznego w celu odwiezienia do miejsca stałego pobytu lub miejsca zamieszkania pacjenta  
**e/ ⬜** konsultacja specjalisty lub wykonanie badań diagnostycznych pacjenta hospitalizowanego.

**IV. Cel przewozu z odpłatnością 60% lub 100%**  
………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….......................  
**V.** Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku występującej u mnie dysfunkcji narządu ruchu uniemożliwiającej korzystanie ze środków transportu publicznego,   
w sytuacji gdy nie jest dla mnie najbliższym podmiotem leczniczym udzielającym świadczenia we właściwym zakresie poniosę odpłatność za przejazd do mojego miejsca zamieszkania lub stałego pobytu za ilość kilometrów, która przekracza odległość między moim miejscem zamieszkania lub stałego pobytu, a najbliższym podmiotem leczniczym udzielającym świadczeń zdrowotnych we właściwym zakresie.   
**W związku z tym, że nie przysługuje mi bezpłatny transport sanitarny, wyrażam zgodę na poniesienie odpłatności za przewóz mojej osoby, zostałem poinformowany o koszcie przejazdu.  
  
VI.** Choroby wyszczególnione w RMZ z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa szpitalnego, uprawniające do finansowania w 40 % ze środków publicznych w przypadku, gdy pacjent jest zdolny do samodzielnego poruszania się bez stałej pomocy innej osoby lub środka transportu publicznego dostosowanego do potrzeb osób niepełnosprawnych:  
  
**a/ ⬜** choroby krwi i narządów krwiotwórczych **b/ ⬜** o choroby nowotworowe  
**c/ ⬜** choroby oczu **d/ ⬜** choroby przemiany materii  
**e/ ⬜** choroby psychiczne i zaburzeni zachowania **f/ ⬜** choroby skóry i tkanki podskórnej  
**g/ ⬜** o choroby układu krążenia **h/ ⬜**choroby układu moczowo-płciowego  
**i/ ⬜** o choroby układu nerwowego **j/ ⬜** choroby układu oddechowego  
**k/ ⬜** choroby układu ruchu **l/ ⬜** choroby układu trawiennego  
**m/ ⬜** choroby układu wydzielania wewnętrznego **n/ ⬜** choroby zakaźne i pasożytnicze  
**o/ ⬜** urazy i zatrucia **p/ ⬜** wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i   
 aberracje chromosomowe  
 **/ ⬜** zakreślić chorobę — dotyczy transportu płatnego i bezpłatnego, jeśli u pacjenta występuje dana choroba

…………………………………………………………………………………………….. …………………………………………………………………………………………  
 (podpis ubezpieczonego lub osoby upoważnionej, (lekarz kierujący)  
 na którą zostanie wystawiona faktura)

………………………………………………………………………………  
   
…………………………………………………………………………….. ……………………………………………………………………………………………………………………  
 (adres do wystawienia faktury) (Z-ca Dyrektora ds. Medycznych   
 w przypadku transportu poza teren województwa)