



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

....., dnia20r.

ZLECENIE NA TRANSPORT SANITARNY

Proszę o przewiezienie chorego(ej).....
(imię i nazwisko)

....., lat

Adres

PESEL

telefon

Rozpoznanie:
(w języku polskim)

kod (ICD10)

Stopień niesprawności pacjenta

I stopień niesprawności	*
II stopień niesprawności	*

* Właściwe zaznaczyć znakiem „X”.

Z

(nazwa jednostki, adres)

w dniu, o godzinie w pozycji

do

(nazwa jednostki, adres)

Cel przewozu

1. konieczność podjęcia natychmiastowego leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej	*
2. potrzeba kontynuacji leczenia (kontynuowania leczenia w danym zakładzie lub przekazania do dalszego leczenia w innym zakładzie)	*
3. dysfunkcja narządu ruchu uniemożliwiająca korzystanie ze środków transportu publicznego (w celu przejazdu na leczenie do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej udzielającego świadczeń we właściwym zakresie i z powrotem)	*
4. inne wyżej nie wymienione	*

* Właściwe zaznaczyć znakiem „X”.

Pouczenie dla ubezpieczonego

Zgodnie z § 6 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2004 roku w sprawie wykazu grup jednostek chorobowych, stopni niesprawności oraz wysokości udziału własnego świadczeniobiorcy w kosztach przejazdu środkami transportu sanitarnego (Dz.U. z 2004 r. Nr 275, poz. 2731) - w przypadku zlecenia transportu sanitarnego ubezpieczonemu w celu innym niż:

- konieczność podjęcia natychmiastowego leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej lub potrzeby zachowania ciągłości leczenia;
- konieczność przewozu osób ubezpieczonych posiadających dysfunkcję narządu ruchu uniemożliwiającą korzystanie ze środków transportu publicznego w celu przejazdu na leczenie do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej udzielającego świadczeń we właściwym zakresie i wobec którego ustalono:

I stopień niesprawności - udział ubezpieczonego w kosztach przejazdu środkiem transportu sanitarnego wynosi 100%,
II stopień niesprawności - udział ubezpieczonego w kosztach przejazdu środkiem transportu sanitarnego wynosi 60%.

Oświadczam, że zapoznałem(am) się z powyższym pouczeniem i bez zastrzeżeń wyrażam zgodę na poniesienie kosztów przewozu na zasadach wyżej ustalonych.

..... (podpis ubezpieczonego/ej) (podpis i pieczętka lekarza)