

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

....., dnia 200.....r

ZLECENIE NA TRANSPORT SANITARNY

Proszę o przewiezienie chorego(ej).....

.....lat.....
imię i nazwisko

adres.....

PESEL

telefon.....

rozpoznanie.....

w języku polskim

kod(ICD10).....

stopień niesprawności pacjenta

I stopień niesprawności	<input type="checkbox"/>
II stopień niesprawności	<input type="checkbox"/>

* właściwe zaznaczyć znakiem „X”

Z.....

nazwa jednostki, adres

w dniu..... o godzinie.....

w pozycji.....

do.....

nazwa jednostki, adres

cel przewozu

1. konieczności podjęcia natychmiastowego leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej	<input type="checkbox"/>
2. potrzeba kontynuacji leczenia (kontynuowania leczenia w danym zakładzie lub przekazania do dalszego leczenia w innym zakładzie)	<input type="checkbox"/>
3. dysfunkcja narządu ruchu uniemożliwiająca korzystanie ze środków transportu publicznego (w dalszym przejeździe na leczenie do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej udzielającego świadczeń we właściwym zakresie i z powrotem)	<input type="checkbox"/>
4. Inne wyżej nie wymienione	<input type="checkbox"/>

* 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 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

UWAGA

- Rubryki „**Stopień niesprawności pacjenta**” i „**Pouczenie dla ubezpieczonego**” nie dotyczą zlecenia transportu sanitarnego w trybie art. 41 ust 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. nr 210, poz.135 z późn. zm ustawy)
- W przypadku stwierdzenia przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, który zleca transport sanitarny, że ubezpieczony kwalifikuje się do transportu sanitarnego na podstawie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2004r w sprawie wykazu grup jednostek chorobowych, stopni niesprawności oraz wysokości udziału własnego świadczeniobiorcy w kosztach przejazdu środkami transportu sanitarnego (Dz.U. nr 275 poz. 2731), należy wypełnić druk zlecenia na transport sanitarny z szczególnym uwzględnieniem rubryki „**Stopień niesprawności pacjenta**” i „**Pouczenie dla ubezpieczonego**” z jednoczesnym zapoznaniem pacjenta o wynikających z tego tytułu kosztach transportu.