

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

ZLECENIE NA TRANSPORT SANITARNY

Proszę o przewiezienie

chorego(ej)

.....
imię i nazwisko

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. konieczności 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 10 maja 2003 roku w sprawie określenia wykazu grup jednostek chorobowych, stopni niesprawności oraz wysokości udziału własnego ubezpieczonego w kosztach przejazdu środkami transportu sanitarnego (Dz. U. z 2003 r. Nr 88, poz. 815) - 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 z powrotem;
- 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