

Pieczętka oddziału

Zawiercie,

ZLECENIE NA TRANSPORT SANITARNY

wewnętrzny / zewnętrzny firmy*
z lekarzem / bez lekarza *
* niewłaściwe skreślić

Proszę o przewiezienie pacjenta

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Wiek

Adres

Telefon

Rozpoznanie

Kod (ICD) 10

w pozycji: siedząca / leżąca (niewłaściwe skreślić)

WYJAZD z:

miejsce odbioru pacjenta

w dniu o godz.

POWRÓT/ PRZEKAZANIE PACJENTA

do o godz.
miejsce zakończenia transportu

podpis osoby przejmującej pacjenta po zakończonym transporcie

ilość przejechanych km o godz.
godzina zakończenia transportu

cel przewozu (właściwe zakreślić znakiem „X”):

1. konieczność podjęcia natychmiastowego leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej (bezpł.)	
2. potrzeba kontynuacji leczenia (kontynuowania leczenia w danym zakładzie lub przekazania do dalszego leczenia w innym zakładzie -bezpł.)	
3. dysfunkcja narządu ruchu uniemożliwiająca korzystanie ze środków transportu publicznego w celu przejazdu na leczenie do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej udzielającego świadczenia we właściwym zakresie (bezpł.)	
4. inne wyżej nie wymienione (płatne wg poniższego pouczenia)	

.....
podpis i pieczętka lekarza

Pouczenie dla ubezpieczonego:

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego z dnia 29.08.2009r. (Dz.U. Nr 140, poz. 1143), w przypadku zaznaczenia poz.4

- przejazd jest finansowany w 40% ze środków publicznych w 60% przez pacjenta, o ile u pacjenta zdiagnozowano: choroby krwi i narządów krwiotwórczych, choroby nowotworowe, choroby oczu, choroby przemiany materii, choroby psychiczne i zaburzenia zachowania, choroby skóry i tkanki podskórnej, choroby układu krążenia, choroby układu moczowo-płciowego, choroby układu nerwowego, choroby układu oddechowego, choroby układu ruchu, choroby układu trawiennego, choroby układu wydzielania wewnętrznego, choroby zakaźne i pasożytnicze, urazy i zatrucia, wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberrację chromosomową - gdy ze zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera wynika, że świadczeniodawca 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.
- w pozostałych przypadkach przejazd jest finansowany w 100% przez pacjenta.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z powyższym pouczeniem i bez zastrzeżeń wyrażam zgodę na poniesienie kosztów przewozu na zasadach wyżej ustalonych.

.....
podpis ubezpieczonego

.....
Prawny
Szanowski
2761

