

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

....., dnia ..... 20....r

**ZLECENIE NA TRANSPORT SANITARNY**

TYP/RODZAJ TRANSPORTU	K <input type="checkbox"/> Transport krwi	T <input type="checkbox"/> Transport z sanitariuszem	P <input type="checkbox"/> Transport z ratownikiem	S <input type="checkbox"/> Transport spec. z lekarzem	KONSULTACJA <input type="checkbox"/>
--------------------------	--	--	--	---	---

Proszę o przewiezienie pacjenta/pacjentki

..... lat  
imię i nazwisko

adres..... telefon.....

PESEL											
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

rozpoznanie..... kod(ICD10).....  
w języku polskim

Z.....

.....  
nazwa jednostki, adres

w dniu..... o godzinie.....  
w pozycji ..... do .....

.....  
nazwa jednostki, adres

**cel przewozu**

1. konieczności podjęcia natychmiastowego leczenia w podmiocie leczniczym	*
2. wynikających z potrzeby zachowania ciągłości leczenia	*
3. dysfunkcja narządu ruchu uniemożliwiająca korzystanie ze środków transportu publicznego (w celu odbycia leczenia – do najbliższego podmiotu udzielającego świadczeń we właściwym zakresie i z powrotem)	*
4. Inne wyżej nie wymienione	*

\* właściwe zaznaczyć znakiem „X”

odpłatność\*: 100% ☐ 60% ☐ bezpłatny ☐

\*właściwą odpłatność zaznaczyć znakiem „X”

.....  
podpis i pieczęć lekarza

**Pouczenie dla ubezpieczonego**

Zgodnie z art. 41 ust. 1, 2, 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – w przypadku zlecenia transportu sanitarnego ubezpieczonemu w celu innym niż:

- 1) konieczność podjęcia natychmiastowego leczenia w podmiocie leczniczym lub potrzeba zachowania ciągłości leczenia;
- 2) konieczność przewozu osób ubezpieczonych posiadających dysfunkcję narządu ruchu uniemożliwiającą korzystanie ze środków transportu publicznego w celu odbycia leczenia - do najbliższego podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń we właściwym zakresie, i z powrotem.

i wobec którego ustalono:

zdolny do samodzielnego poruszania się bez pomocy innej osoby, przy wykorzystaniu środków pomocniczych i ortopedycznych i  
zdolny do korzystania z środków transportu publicznego – świadczenie płatne w 100% przez ubezpieczonego,

zdolny do samodzielnego poruszania się bez stałej pomocy innej osoby ale wymaga przy korzystaniu z środka transportu publicznego pomocy innej osoby, lub środka transportu publicznego dostosowanego do potrzeb osób niepełnosprawnych – świadczenie finansowane w 40% ze środków publicznych.

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