



Pieczęć jednostki kierującej

**ZLECENIE NA TRANSPORT SANITARNY „P”**  
**REALIZOWANY PRZEZ PODSTAWOWY ZESPÓŁ**  
**RATOWNICTWA MEDYCZNEGO**

RODZAJ TRANSPORTU:

CITO\*

☐

PLANOWANY\*\*

☐

UZGODNIONY\*\*\*

☐

PACJENT (imię i nazwisko) .....

PESEL

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

ROZPOZNANIE (kod ICD-10) .....

DATA I GODZINA USTALONEGO TRANSPORTU .....

TRASA TRANSPORTU: z .....

adres

do .....

adres

ZAKRES USŁUGI:

☐

KONSULTACJA LEKARZA SPECJALISTY W INNYM PODMIOCIE LECZNICZYM

☐

BADANIA DIAGNOSTYCZNE W INNYM PODMIOCIE LECZNICZYM

☐

KONTYNUACJA LECZENIA W INNYM PODMIOCIE LECZNICZYM

☐CHORYCH NIEZDOLNYCH DO KORZYSTANIA Z PUBLICZNYCH ŚRODKÓW TRANSPORTOWYCH  
DO MIEJSCA ZAMIESZKANIA PO ZAKOŃCZONYM LECZENIU W SZPITALU

POZYCJA:

Siedząca

☐

Leżąca

☐

Zgłoszenie transportu

przez lekarza zlecającego: data .....godzina .....podpis i pieczęć lekarza zlecającego transport.....

Zgłoszenie się zespołu

realizującego usługę w miejscu

przekazania pacjenta: data .....godzina.....podpis i pieczęć przejmującego pacjenta.....

TRANSPORT SANITARNY „P” REALIZOWANY PRZEZ PODSTAWOWY ZESPÓŁ RATOWNICTWA MEDYCZNEGO – jest zlecany w sytuacji nie zakwalifikowania pacjenta do bezpłatnego gwarantowanego transportu z NFZ z uwagi na niespełnienie przesłanek chorobowych, a wymagających w trakcie transportu obecności podstawowego zespołu ratownictwa medycznego tj. min. Pielęgniarki systemu w rozumieniu ustawy z dnia 08.09.2006. o Państwowym Ratownictwie Medycznym i Ratownika Medycznego lub 2 Ratowników Medycznych (z zastrzeżeniem, iż jedna z tych osób musi być kierowcą pojazdu uprzywilejowanego) \* w przypadku zamówień „na cito” – realizacja usługi odbywać się będzie przez natychmiastowy wyjazd wolnego specjalistycznego zespołu transportu sanitarnego o najkrótszym czasie dotarcia do siedziby Zamawiającego, przy czym czas reakcji od momentu zgłoszenia do momentu przyjazdu pojazdu do placówki Zamawiającego nie może przekraczać .....(wg oferty : „do 30 minut”, „do 45 minut” lub „do 60 minut”).

\*\*realizacja usługi odbywać się będzie w czasie zgodnym ze zgłoszeniem określającym datę i godzinę, z zastrzeżeniem, że transport będzie zlecany do godziny 18.00 dnia poprzedniego

\*\*\*realizacja usługi odbywać się będzie w przypadku zamówień zleczanych w danym dniu lub w dniu poprzedzającym po godz. 18.00 innych niż „na cito” – w czasie uzgodnionym przez Zamawiającego z Wykonawcą,

☐

- proszę zaznaczyć właściwy kwadrat