



Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu
Aleja Legionów 10, 41-902 Bytom
NIP 6262510567, REGON 000296271, Nr księgi 000000013083
tel. +48 322 810 271, e-mail: szpital@szpital4.bytom.pl, www.szpital4.bytom.pl

TS-100



Szpital (V-.....) ,..... (VII-.....)
tel., e-mail:

ZLECENIE NA TRANSPORT SANITARNY

Bytom,.....

A. PROSZĘ O PRZEWIEZIENIE CHOREGO

Nazwisko i imię (płeć i wiek) Nr KG
PESEL (data urodzenia)
Adres zamieszkania Telefon kontaktowy... ..

B. ROZPOZNANIE

ZAS:

C. STOPIEŃ NIESPRAWNOŚCI PACJENTA

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

D. INFORMACJE O TRANSPORCIE

Transport chorego z
.....
w dniu , o godzinie w pozycji
do
(nazwa jednostki, adres)

E. CEL PRZEWOZU

1. Konieczność 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 celu przejazdu 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

F. 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 ubezpiezonego w kosztach przejazdu środkiem transportu sanitarnego wynosi 100%,
II stopień niesprawności – udział ubezpiezonego w kosztach przejazdu środkiem transportu sanitarnego wynosi 60%”.

G. OŚWIADCZENIE PACJENTA

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

H. AUTORYZACJA

.....
Podpis ubezpiezonego

.....
Pieczęć i podpis lekarza