

Pieczęć jednostki kierującej

ZLECENIE NA TRANSPORT PACJENTA SANITARNY SZPITALNY

CZEŚĆ I

PACJENT (imię i nazwisko)

PESEL

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

TELEFON KONTAKTOWY

ADRES PACJENTA

ROZPOZNANIE (kod ICD-10)

DATA I GODZINA TRANSPORTU

TRASA TRANSPORTU: z adres

do adres

POZYCJA
/ OPIEKA

Siedząca

☐

Leżąca

☐

Kierowca

☐

Kierowca +
sanitariusz

☐

Transport nieodpłatny:

☐ pacjent zostaje wypisany do domu (kwalifikacja do transportu musi uwzględniać dysfunkcję narządu ruchu).

uzasadnienie:

☐ kontynuacja leczenia – konsultacja w innym podmiocie leczniczym).

uzasadnienie:

☐ Objęcie pacjenta opieką przez poradnię specjalistyczną (kwalifikacja do transportu musi uwzględniać dysfunkcję narządu ruchu).

uzasadnienie:

Oświadczam, iż znane są mi podstawy do zlecenia nieodpłatnego dla pacjenta transportu sanitarnego

Rybnik, dnia

.....
podpis i pieczęć lekarza zlecającego transport

Transport odpłatny:

☐ transport sanitarny finansowany w 40% ze środków publicznych i 60 % przez pacjenta.

(gdy ze zlecenia lekarza wynika, że pacjent jest zdolny do samodzielnego poruszania się bez stałej pomocy innej osoby, ale przy korzystaniu ze środków transportu publicznego wymaga pomocy innej osoby lub środka transportu publicznego dostosowanego do potrzeb osób niepełnosprawnych, przejazd środkami transportu sanitarnego jest finansowany w 40% ze środków publicznych w przypadku:

1. chorób krwi i narządów krwiotwórczych
2. chorób nowotworowych
3. chorób oczu

4. chorób przemiany materii
5. chorób psychicznych i zaburzeń zachowania
6. chorób skóry i tkanki podskórnej
7. chorób układu krążenia
8. chorób układu moczowo-płciowego
9. chorób układu nerwowego
10. chorób układu oddechowego
11. chorób układu ruchu
12. chorób układu trawiennego
13. chorób układu wydzielania wewnętrznego
14. chorób zakaźnych i pasożytniczych
15. urazów i zatruc
16. wad rozwojowych wrodzonych, zniekształceń i aberracji chromosomowych

Rodzaj niesprawności ubezpieczonego określa lekarz ubezpieczenia zdrowotnego dokonując wpisu w dokumentacji medycznej, oraz wydaje zlecenie na przewóz.

Transport sanitarny zostanie więc sfinansowany w 40% ze środków publicznych przy jednoczesnym spełnieniu trzech warunków:

1. zlecenie na taki transport wystawi lekarz ubezpieczenia zdrowotnego
2. uprawnioną jest osoba, która przy korzystaniu ze środków transportu publicznego wymaga pomocy innej osoby lub środka transportu publicznego dostosowanego do potrzeb osób niepełnosprawnych
3. o ile osoba ta cierpi na jedną z chorób wymienionych w rozporządzeniu

uzasadnienie:

.....

.....

Oświadczam, iż znane są mi podstawy do zlecenia dla pacjenta transportu sanitarnego finansowanego w 40% ze środków publicznych

Rybnik, dnia

.....
podpis i pieczęć lekarza zlecającego transport

CZEŚĆ II ZASADY ODPLATNOŚCI (wypełnia lekarz zlecający transport)

- ☐ Osoba zdolna do samodzielnego poruszania się bez stałej pomocy innej osoby, ale wymagająca przy korzystaniu ze środków transportu publicznego pomocy innej osoby lub środka transportu publicznego dostosowanego do potrzeb osób niepełnosprawnych – odpłatność **60%**
- ☐ Pacjent nieubezpieczony – odpłatność **100%**
- ☐ Osoba zdolna do samodzielnego poruszania się przy wykorzystaniu środków pomocniczych i przedmiotów ortopedycznych bez stałej pomocy innej osoby i zdolna do korzystania ze środków transportu publicznego – odpłatność **100%**

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

.....
podpis Pacjenta/opiekuna prawnego

.....
podpis i pieczęć lekarza zlecającego transport

CZEŚĆ III ROZLICZENIE:

data usługi: 20 ... r. nr rej pojazdu:

Czas realizacji zlecenia:

(ilość godzin i minut): liczba przejechanych kilometrów:

.....
czytelny podpis sanitariusza / kierowcy

.....
podpis i pieczęć sprawdzającego