



Wojewódzkie
Centrum
Szpitalne
Kotliny
Jeleniogórskiej

F-430

data wydania: 30.05.2018

Jelenia Góra dnia:

ODDZIAŁ ZLECAJĄCY:

ZLECENIE TRANSPORTU PACJENTA W DNIU

O GODZ.

KATEGORIA ŚRODKA TRANSPORTU

WARUNKI TRANSPORTU

ZWYKŁY (SAM.OS.)

☐

SANITARNY

☐

SPECJALISTYCZNY (PR)

☐

Z SANITARIUSZEM

☐

Z LEKARZEM

☐

SIEDZĄCEJ

☐

KIEROWCA Z RATOWNIKIEM

☐

Z RATOWNIKIEM

☐

TRANSPORT PACJENTA W POZYCJI:

KIEROWCA - RATOWNIK

☐

LEŻĄCEJ

☐

DANE PACJENTA

IMIĘ I NAZWISKO

PESEL

ADRES

TELEFON KONTAKTOWY

ROZPOZNANIE W JĘZYKU POLSKIM

KOD ICD 10

DOCELOWE MIEJSCE TRANSPORTU

OŚRODEK MEDYCZNY (NAZWA, ADRES)

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES, TELEFON)

POWÓD (CEL) TRANSPORTU

1. KONIECZNOŚĆ PODJĘCIA NATYCHMIASTOWEGO LECZENIA W ZAKŁADZIE OPIEKI ZDROWOTNEJ - BEZPŁATNIE

☐

2. POTRZEBA KONTYNUACJI LECZENIA (KONTYNUOWANIE LECZENIA W DANYM ZAKŁADZIE LUB PRZEKAZANIE DO INNEGO ZOZ.) - BEZPŁATNIE

☐

3. ZDOLNY DO SAMODZIELNEGO PORUSZANIA SIĘ ALE WYMAGA POMOCY PRZY KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW TRANSPORTU PUBLICZNEGO -
ODPŁATNOŚĆ 60%

☐

4. TRANSPORT PEŁNOPŁATNY - ODPŁATNOŚĆ 100%

☐

UWAGI:

Oświadczam, że zapoznałam(em) się z powyższymi warunkami i bez zastrzeżeń wyrażam zgodę na poniesienie kosztów przewozu na
wyżej ustalonych zasadach.

.....
data i CZYTELNY podpis Ubezpieczonego

.....
data, podpis i pieczęć lekarza zlecającego