

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

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

## ZLECENIE NA TRANSPORT SANITARNY

Proszę o przewiezienie chorego(ej) .....

imię i nazwisko ..... lat .....

adres .....

PESEL  telefon .....

rozpoznanie .....

..... kod (ICD10) .....

w języku polskim

### Stopień niesprawności pacjenta

I stopień niesprawności	*
II stopień niesprawności	*

\* właściwe zaznaczyć znakiem „X”  
w pozycji ..... do .....

.....  
nazwa jednostki, adres

.....  
nazwa jednostki, adres

### Cel przewozu

1. konieczności podjęcia natychmiastowego leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej	*
2. potrzeba kontynuacji leczenia (kontynuacja leczenia w danym zakładzie lub przekazania do dalszego leczenia w innym zakładzie)	*
3. dysfunkcja narządu ruchu uniemożliwiająca korzystanie ze środków transportu publicznego (w celu przejazdu na leczenie do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej udzielającego świadczenia we właściwym zakresie i z powrotem)	*
4. inne wyżej nie wymienione	*

\* właściwe zaznaczyć znakiem „X”

#### Pouczenie dla ubezpieczonego

Zgodnie z § 6 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. Nr 140, pozycja 1143 z późn. zm.) oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. Nr 140, poz. 1148 z późn. zm.) - 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 świadczenia we właściwym zakresie i z powrotem;

i wobec którego ustalono:

I stopień niesprawności — udział ubezpieczonego w kosztach przejazdu środkiem transportu sanitarnego wynosi 100%;

II stopień niesprawności — udział ubezpieczonego w kosztach przejazdu środkiem transportu sanitarnego wynosi 60%.

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