

....., dnia 20 r.

ZLECENIE NA TRANSPORT SANITARNY

Proszę o przewiezienie

chorego(ej) lat

imię i nazwisko

adres

PESEL

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

telefon

Rozpoznanie

.....
w języku polskim

kod (ICD10)

Stopień niesprawności pacjenta*

I stopień niesprawności	
II stopień niesprawności	

Z

.....
nazwa jednostki, adres

w dniu, o godzinie, w pozycji

do

.....
nazwa jednostki, adres

Cel przewozu*

1. konieczność podjęcia natychmiastowego leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej	
2. potrzeba kontynuacji leczenia (kontynuowania 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 świadczeń we właściwym zakresie i z powrotem)	
4. inne niż wyżej wymienione	

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 ubezpieczonego 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 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 zapoznałem(am) się z powyższym pouczeniem i bez zastrzeżeń wyrażam zgodę na poniesienie kosztów przewozu na zasadach wyżej ustalonych.

.....
podpis ubezpieczonego(ej)

.....
podpis i pieczęć lekarza

* właściwe zaznaczyć znakiem „X”