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

..... , 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	*

** właściwe zaznaczyć znakiem "X"*

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 wyżej nie wymienione	*

** właściwe zaznaczyć znakiem "X"*

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.2004r. nr275, poz2731) - w przypadku zlecenia transportu sanitarnego ubezpieczonemu w celu innym niż:**

1. konieczność podjęcia natychmiastowego leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej lub potrzeby zachowania ciągłości leczenia:
2. 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 wobecktórego 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 pieczątka lekarza

~~dowóz [redacted] tel. 793-85-70-87, fax. 58-325-60-58~~