76 NOWY

(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".

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 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:

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 świadczenia we właściwym zakresie z powrotem;

i wobec którego ustalono:

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

z. 2551/2019 "DRUK" Warszawa, ul. Przasnyska 11/U1B, tel. 22 639 30 41/42; fax 22 639 30 40

ZLECENIE WYJAZDU

ROK	M-C	DZIEŃ

NR	
Transport z:	
Transport do:	

POTWIERDZENIE WYKONANIA ZLECENIA

Skład zespołu wyjazdowego: / imię i nazwisko /

lekarz	
ratownik	
kierowca	

CZYNNOŚCI I OBSERWACJE W CZASIE PRZEWOZU

	godz.	min.
wyjazd		
powrót do stacji		

DANE PACJENTA

Imię i nazwisko	
Rodzaj dokumentu ubezpieczeniowego	
Adres zamieszkania pacjenta	

NR KARETKI	
ILOŚĆ KILOMETRÓW	

UWAGI:

LICZNIK	
od	do

PODPIS KIEROWNIKA ZESPOŁU