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

.....,dnia.....200.....r

ZLECENIE NA TRANSPORT SANITARNY Nr. /

Zlecam przewiezienie
chorego(ej).....lat.....
imię i nazwisko

adres.....telefon.....

PESEL										

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 leżącej / siedzącej(**niepotrzebne skreślić znakiem x **)**

do.....
nazwa jednostki, adres

cel przewozu

1. konieczności 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. 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 2004 r. Nr 275, poz. 2731) – 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 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 pieczątka lekarza

UWAGA

- Rubryki **„Stopień niesprawności pacjenta" i „Pouczenie dla ubezpieczonego"** nie dotyczą zlecenia transportu sanitarnego w trybie art. 41 ust 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. nr 210, poz.135 z późn. zm ustawy)
- W przypadku stwierdzenia przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, który zleca transport sanitarny, że ubezpieczony kwalifikuje się do transportu sanitarnego na podstawie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2004r w sprawie wykazu grup jednostek chorobowych, stopni niesprawności oraz wysokości udziału własnego świadczeniobiorcy w kosztach przejazdu środkami transportu sanitarnego (Dz.U. nr 275 poz. 2731), należy wypełnić druk zlecenia na transport sanitarny z szczególnym uwzględnieniem rubryki **„Stopień niesprawności pacjenta" i „Pouczenie dla ubezpieczonego** z jednoczesnym zapoznaniem pacjenta o wynikających z tego tytułu kosztach transportu.