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. 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:

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 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 pieczątka lekarza

NFZ/21b.09 IMPACT Mysłowice, tel./fax: (32) 762 94 23