



Powiatowy Zespół Szpitali
Nr księgi rej. 000000002093
Szpital w Oleśnicy - Powiatowy Zespół Szpitali w Oleśnicy
Szpital w Oleśnicy Kod V: 01
ODDZIAŁ CHOROŃ WEWN. (OLEŚNICA)
ARMII KRAJOWEJ 1, 56-400 Oleśnica
tel. (071) 776 73 30
Kod VII: 005, Kod VIII: 4000
REGON: 932966540 NIP: 9111847075
umowa: 03/8/3101021/01/2024/01



Data wystawienia:

ZLECENIE NA TRANSPORT SANITARNY

Nazwisko i imię:

Płeć:

Data urodzenia:

Wiek:

PESEL:

Adres:

Data przyjęcia:

L. wyk. oddz.:

L. wyk. gł.:

Rozpoznanie:

Stopień niepełnosprawności pacjenta:

I stopień / II drugi stopień

Nazwa firmy przewozowej:

Z:

w dniu: o godzinie:

w pozycji:

Do:

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. Inne wyżej nie wymienione	

Pouczenie dla ubezpieczonego

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. (§ 4. 2.) przejazd środkami transportu sanitarnego w przypadkach niewymienionych w art. 41 ust. 1 i 2 Ustawy (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285) jest finansowany w 40% ze środków publicznych w przypadku chorób wymienionych w ww. rozporządzeniu oraz gdy ze zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego wynika, że świadczeniobiorca jest zdolny do samodzielnego poruszania się bez stałej pomocy innej osoby, ale wymaga przy korzystaniu ze środków transportu publicznego pomocy innej osoby lub środka transportu publicznego dostosowanego do potrzeb osób niepełnosprawnych.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z powyższym pouczeniem i bez zastrzeżeń wyrażam zgodę na poniesienie kosztów przewozu na zasadach wyżej ustalonych.

.....
podpis ubezpieczonego

.....
podpis lekarza