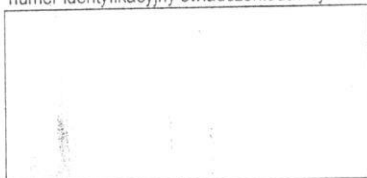


pieczęć jednostki kierującej, adres, telefon  
kod, nazwa komórki organizacyjnej  
numer identyfikacyjny świadczeniodawcy



.....dnia.....200.....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	<input type="checkbox"/>
II stopień niesprawności	<input type="checkbox"/>

\* 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	<input type="checkbox"/>
2. potrzeba kontynuacji leczenia (kontynuowania leczenia w danym zakładzie lub przekazania do dalszego leczenia w innym zakładzie)	<input type="checkbox"/>
3. dysfunkcja narządu ruchu uniemożliwiająca korzystanie ze środków transportu publicznego (w dalszym przejeździe na leczenie do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej udzielającego świadczeń we właściwym zakresie i z powrotem)	<input type="checkbox"/>
4. Inne wyżej nie wymienione	<input type="checkbox"/>

\* 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:

- konieczność podjęcia natychmiastowego leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej lub potrzeby zachowania ciągłości leczenia;
- 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 pieczęć lekarza