Załącznik nr 6

Pieczęć jednostki kierującej
numer identyfikacyjny świadczeniodawcy

.....dnia.....20...r.

ZLECENIE NA TRANSPORT SANITARNY

Proszę o przewiezienie
chorego(ej).....lat.....
imię i nazwisko

adres .....

PESEL [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

rozpoznanie.....
kod (ICD 10).....

stopień niepełnosprawności pacjenta

I stopień niepełnosprawności	*
II stopień niepełnosprawności	*

*właściwe zaznaczyć krzyżykiem „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. dyfuzja 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 krzyżykiem „X"

Pouczenie dla ubezpieczonego

Zgodnie z §6 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2004r. w sprawie określenia wykazu grup jednostek chorobowych, stopni niepełnosprawności oraz wysokości udziału własnego ubezpieczonego w kosztach przejazdu środkami transportu sanitarnego (Dz.U. z dnia 28.12.2004r.) - 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 korzystania ze środków transportu publicznego w celu przejazdu na leczenie do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej udzielającego świadczeń we właściwym zakresie i z powrotem

i wobec którego ustalono:
I stopień niepełnosprawności – udział ubezpieczonego w kosztach przejazdu środkiem transportu sanitarnego wynosi 100%
II stopień niepełnosprawności – 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 zlecającego transport)

Pieczęć jednostki kierującej
numer identyfikacyjny świadczeniodawcy

.....dnia.....20...r.

ZLECENIE NA TRANSPORT SANITARNY

Proszę o przewiezienie
chorego(ej).....lat.....
imię i nazwisko

adres .....

PESEL [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

rozpoznanie.....
kod (ICD 10).....

stopień niepełnosprawności pacjenta

I stopień niepełnosprawności	
II stopień niepełnosprawności	

*właściwe zaznaczyć krzyżykiem „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. dyfuzja 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 krzyżykiem „X"

Pouczenie dla ubezpieczonego

Zgodnie z §6 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2004r. w sprawie określenia wykazu grup jednostek chorobowych, stopni niepełnosprawności oraz wysokości udziału własnego ubezpieczonego w kosztach przejazdu środkami transportu sanitarnego (Dz.U. z dnia 28.12.2004r.) - 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 korzystania ze środków transportu publicznego w celu przejazdu na leczenie do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej udzielającego świadczeń we właściwym zakresie i z powrotem

i wobec którego ustalono:
I stopień niepełnosprawności – udział ubezpieczonego w kosztach przejazdu środkiem transportu sanitarnego wynosi 100%
II stopień niepełnosprawności – 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 zlecającego transport)