



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

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

ZLECENIE NA TRANSPORT SANITARNY

Proszę o przewiezienie

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

adres.....
miejsce zamieszkania pacjenta

PESEL telefon.....

rozpoznanie:.....
w języku polskim

kod (ICD10).....

Z.....
nazwa jednostki, adres

w dniu..... o godz.....

w pozycji..... do.....
nazwa jednostki, adres jednostki lub adres zamieszkania pacjenta

cel przewozu

1	konieczność podjęcia natychmiastowego leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej	
2	potrzeba kontynuacji leczenia (<i>kontynuowania leczenia w danym zakładzie lub przekazania do dalszego leczenia w innym zakładzie</i>)	
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, - po zakończeniu leczenia * (<i>zaznaczyć czy transport płatny czy bezpłatny – lewy dolny róg</i>)	
4	Inne wyżej nie wymienione	

*właściwe zaznaczyć znakiem „X”

Pouczenie dla ubezpieczonego

I. Zgodnie z art. 41 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych **bezpłatny** przejazd środkami transportu sanitarnego przysługuje w przypadku:

- konieczności podjęcia natychmiastowego leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej lub potrzeby zachowania ciągłości leczenia; konieczności 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 po zakończeniu leczenia.

II. W przypadkach określonych w §6 rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.(Dz.U. 140, poz. 1143) **pacjent pokrywa 60%** kosztów za przejazd środkami transportu sanitarnego.

III. W przypadkach nie wymienionych w §6 w/w rozporządzenia **pacjent pokrywa 100% kosztów** za przejazd środkami transportu sanitarnego.

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

.....
Podpis ubezpieczonego

Odpłatność za transport ponosi*:

- 1) **Wojewódzki Szpital im. św. Ojca Pio w Przemyślu - 100%**
- 2) **Wojewódzki Szpital im. św. Ojca Pio w Przemyślu - 40% i Pacjent 60%**
- 3) **Pacjent -100%**

Oświadczam, że zasady kwalifikowania pacjenta do nieodpłatnego transportu sanitarnego są zgodne z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. 140, poz. 1143).

.....
(Podpis i pieczęć lekarza)