



Załącznik nr. 1 do umowy o świadczenie transportu sanitarnego

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

....., dnia.....20....

ZLECENIE NA TRANSPORT SANITARNY

Zlecam przewiezienie chorego/-ej.....lat.....
Imię i nazwisko

Adres

PESEL Telefon

Rozpoznanie (w języku polskim).....

Kod (ICD10)

Rodzaj transportu sanitarnego:

1. Sanitarny bez opieki medycznej: kierowca ☐

2. Sanitarny ze średnim personelem medycznym
(pielęgniarka lub ratownik medyczny lub sanitariusz, kierowca) ☐

3. Lekarski: lekarz, pielęgniarka lub ratownik, kierowca ☐

Właściwe zaznaczyć znakiem „X”

Z
Nazwa jednostki/adres

w dniuo godz.

do.....
Nazwa jednostki/adres

Data i godzina rozpoczęcia transportu.....

Imię i nazwisko lekarza, z którym uzgodniono konsultację lub przyjęcie pacjenta do Szpitala¹.....

Sposób przewożenia pacjenta:
pozycja leżąca ☐ pozycja siedząca ☐

Właściwe zaznaczyć znakiem „X”

Informacje na temat stanu ogólnego pacjenta oraz wymagania na czas transportu:

.....
.....
.....

Cel przewozu

1. Konieczność podjęcia natychmiastowego leczenia w zakresie opieki zdrowotnej	
2. Zachowanie ciągłości leczenia (kontynuacji leczenia w danym zakładzie lub do 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 (odpłatnie lub za częściową odpłatnością)	
a) 100%	
b) 60%	

Właściwe zaznaczyć „X”

Pouczenie dla ubezpieczonego

W przypadku zlecenia transportu sanitarnego ubezpieczonemu w celu innym niż punkcie 1, 2 i 3 tabeli pacjent pokrywa 60% kosztów przejazdów środkami transportu sanitarnego, gdy ze zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego wynika, że pacjent 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. (podst. prawna: art. 41 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Dz. U. z 2004 r. nr 210 poz. 2135 z późn. zm.) W innych wyżej nie wymienionych przypadkach pacjent pokrywa 100% kosztów przejazdów.

Oświadczam, że zapoznałem się z powyższym pouczeniem informującym o zasadach zlecenia bezpłatnego transportu sanitarnego

.....
podpis ubezpieczonego¹

.....
Podpis i pieczęć lekarza kierującego

.....
podpis Ordynatora¹

.....
Dyrektor UCK Im. prof. K. Gibińskiego SUM w Katowicach¹

¹) jeżeli dotyczy