DZP/381/27/AAD/2020

Załącznik nr 6

………………………………………………………….. Katowice, dnia ………………………………….

Oddział/komórka organizacyjna

ZLECENIE NA TRANSPORT SANITARNY

Zlecam przewiezienie chorego ……………………………………………………………………………………………………………………………………. Lat …………………….

(Imię i Nazwisko)

Adres …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Pesel ………………………………………………………………………………… telefon ……………………………….…………………..

Rozpoznanie (w j. polskim) …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………….

Kod (ICD10) …………………………………………

Rodzaj transportu sanitarnego (właściwe zaznaczyć znakiem x)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |  |

z ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………….

w dniu ……………………………………O godz. ………………… w pozycji: siedząca leżąca

wyjazd: w dniu następnym pilny

do ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Imię i nazwisko lekarza z którym uzgodniono konsultację lub przyjęcie pacjenta do szpitala ………………………………………………………….……..

Informacje na temat stanu ogólnego pacjenta oraz wymagania na czas transportu ……………………………….……………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Cel przewozu (właściwe zaznaczyć znakiem x)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Konieczność podjęcia natychmiastowego leczenia w zakresie opieki zdrowotnej |  |
| 2 | Zachowanie ciągłości leczenia - przekazania do dalszego leczenia w innym zakładzie |  |
| 3 | Zachowanie ciągłości leczenia – konsultacja lekarska w innym ZOZ lub badanie diagnostyczne (tam i z powrotem) |  |
| 4 | Dysfunkcja narządu ruchu uniemożliwiająca korzystanie ze środków transportu publicznego - odwóz do domu po zakończonym procesie leczenia |  |
| 4 | Inne wyżej nie wymienione (odpłatnie lub za częściową odpłatnością) |  |
|  | 100 % |  |
|  | 60 % |  |

**Pouczenie dla ubezpieczonego\***

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. 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 wobec którego ustalono:

I stopień niepełnosprawności – udział ubezpieczonego w kosztach przejazdu środkami transportu sanitarnego wynosi 100 %

II stopień niepełnosprawności - udział ubezpieczonego w kosztach przejazdu środkami transportu sanitarnego wynosi 60 %

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

…………………………………….. ………………………………………………. ………………………………………….

Podpis ubezpieczonego podpis i pieczątka lekarza podpis i pieczątka Ordynatora

\* „Pouczenie dla ubezpieczonego” nie dotyczy transportu sanitarnego w trybie art.41 ust. 1 i 2 [Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,](http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20042102135)  Dz. U. 2004 nr 210 poz. 2135 z późn. zm.

Zgłoszono do wykonawcy transportu data………………………….. godz. ……………

Przyjazd zespołu transportującego data ………………………… . godz. ………... podpis przedstawiciela Wykonawcy …………………………….

Powrót zespołu z pacjentem (w przypadku realizacji transportu tam i z powrotem) data ……………………………………… godz. ………………….

Zweryfikowano przez koordynatora data ……………………………………… podpis. …………………………………………………….