**Załącznik nr 9**

Załącznik Nr 1

do Zasad zlecania transportu sanitarnego oraz

zasad ewidencji i rozliczania kosztów transportu sanitarnego

………………………………………………………….. 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) ………………… ubezpieczony nie ubezpieczony

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 ………………………………………………………………………………………………………… powrót tak nie

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 pacjenta\***

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 pacjenta w kosztach przejazdu środkami transportu sanitarnego wynosi 100 %

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

Pacjent zobowiązany jest do poniesienia następujących kosztów:

*-* w przypadku realizacji transportu w dni robocze szacunkowy koszt transportu wynosi …………………………………………….

- w przypadku realizacji transportu w dni wolne, pacjent zadeklarował, że odległość do miejsca dowozu wynosi …………….km, co po przeliczeniu daje szacunkowy koszt transportu w wysokości………………….

Oświadczam, że zapoznałem się z powyższym pouczeniem i bez zastrzeżeń wyrażam zgodę na poniesienie faktycznych kosztów przewozu na zasadach wyżej ustalonych i zapłatę po otrzymaniu faktury w terminie 14 dni od daty jej wystawienia, na rachunek bankowy wskazany w fakturze.

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

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.](http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20042102135)

[o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, art. 41.](http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20042102135) Dz. U. 2004 nr 210 poz. 2135 z późn. zm.

Otrzymano zgodę Z-cy Dyr. ds. Medycznych na wyjazd poza woj. Śląskie data…………….. godz. ……..…… podpis ……………………………

Zgłoszono do Wykonawcy transportu: data: ………………, godz.: ……..……, podpis ……………………………

Przyjazd zespołu transportującego: data ……………, godz.:………... podpis Zleceniobiorcy: ……………………………………………………….

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

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

INSTRUKCJA WYPISYWANIA ZLECENIA NA TRANSPORT SANITARNY

1. Zlecenie na transport sanitarny wino być wygenerowane z systemu AMMS, wypełnione   
   i wydrukowane. W przypadku braku możliwości wygenerowania zlecenia z systemu może ono być wypełnione ręcznie, czytelnie np. literami drukowanymi.
2. Zlecenie w lewym górnym rogu winno być opieczętowane pieczątką jednostki organizacyjnej – oddziału, poradni, pracowni, zakładu i izb przyjęć.
3. W zleceniu winny być wypełnione wszystkie rubryki.
4. Standardowo transporty zlecane są do realizacji w dniu następnym po dacie wystawienia.   
   W przypadku wystąpienia pilnej konieczności przewiezienia pacjenta, należy zaznaczyć   
   w zleceniu okienko „pilne” i niezwłocznie zamówić transport.

Wszystkie transporty „odwóz do domu” powinny być realizowane w dniu następnym.

1. W przypadku przekazania pacjenta do innego podmiotu leczniczego lub w celu przeprowadzenia konsultacji należy wpisać: Imię i Nazwisko lekarza, z którym zostało to uzgodnione.
2. Każde zlecenie winno być podpisane i opieczętowane przez lekarza wystawiającego zlecenie oraz Ordynatora/Lekarza kierującego oddziałem lub osobę przez niego upoważnioną lub lekarza prowadzącego, lekarza dyżurnego Izby Przyjęć lub lekarza dyżurnego danego Oddziału.

W przypadku zlecenia transportu poza województwo śląskie należy otrzymać akceptację Dyrektora ds. Medycznych i odnotować to w zleceniu.

1. W przypadku transportu z częściową odpłatnością „pouczenie dla ubezpieczonego” winno być podpisane przez pacjenta lub osobę przez niego upoważnioną
2. Zgodnie z Ustawą z dnia 27.08.2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2019 poz. 1373) „Świadczeniobiorcy, na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego, przysługuje bezpłatny przejazd środkami transportu sanitarnego, w tym lotniczego, do najbliższego podmiotu leczniczego, o którym mowa w przepisach o działalności leczniczej, udzielającego świadczeń we właściwym zakresie, i z powrotem.”. W przypadku gdy transport realizowany jest do miejsca wskazanego przez pacjenta (lub najbliższą rodzinę) , które nie jest najbliższym podmiotem leczniczym realizującym właściwe świadczenia, należy poinformować pacjenta   
   o konieczności pokrycia kosztów transportu wynikających z różnicy odległości pomiędzy świadczeniodawcą najbliższym a docelowym, wskazanym w skierowaniu na transport sanitarny.
3. Zlecenie należy wydrukować w 2 egzemplarzach.
4. 1 egz. Zlecenia należy przekazać Wykonawcy, natomiast 2 egz. z potwierdzeniami daty   
   i godziny odbioru pacjenta należy dostarczyć do Koordynatora w następnym dniu roboczym po zrealizowaniu transportu.