

Nazwa Oddziału zlecającego transport sanitarny / nr telefonu kontaktowego \_\_\_\_\_

**ZLECENIE NA TRANSPORT SANITARNY**

A wypełnia lekarz zlecający transport sanitarny

Dyżurka : I

|   |                                       |  |   |
|---|---------------------------------------|--|---|
| Nazwisko i imię pacjenta:                             |                                       |  | lat:  |
| Adres miejsca zamieszkania / stałego pobytu pacjenta: |                                       |  | Numer telefonu opiekuna faktycznego         |
| Wskazanie medyczne:                                   |                                       |  | Planowany dzień wypisu pacjenta z Oddziału: |
| Warunki wykonania przewozu:                           | Pozycja pacjenta w czasie transportu: | leżąca <input checked="" type="checkbox"/> siedząca <input type="checkbox"/> | inne wynikające ze stanu zdrowia pacjenta:  |

**Uzasadnienie zlecenia transportu sanitarnego pacjenta:**

|                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Dysfunkcja narządu ruchu uniemożliwiająca korzystanie ze środków transportu publicznego. (obowiązuje zasada najbliższego podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń we właściwym zakresie)  |
| <input type="checkbox"/>            | Pacjent 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. (w przypadku chorób wymienionych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego) |
| <input type="checkbox"/>            | Inne:   |

Data

oznaczenie lekarza zlecającego transport sanitarny

B wypełnia personel sekcji transportu sanitarnego

|           |                            |                                 |
|-----------|----------------------------|---------------------------------|
| Ilość km: | Cena transportu: bezpłatny | Przybliżona godzina transportu: |
|-----------|----------------------------|---------------------------------|

C wypełnia osoba zobowiązująca się do opłacenia przejazdu środkiem transportu sanitarnego

Oświadczam, że zapoznałam/em się z zasadami częściowej odpłatności i odpłatności za przejazd środkiem transportu sanitarnego i na podstawie art. 41.3. ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zobowiązuje się do opłacenia przejazdu w .....%.

Data i podpis osoby zobowiązującej się do opłacenia przejazdu środkiem transportu sanitarnego

D. wypełnia personel transportu sanitarnego

**Realizacja zlecenia transportu sanitarnego pacjenta:**

|   |  |                  |  |                  |                         |
|---|--|------------------|--|------------------|-------------------------|
| Data  |  | Godzina wyjazdu: |  | Godzina powrotu: |                         |
| Skąd:   |  | Dokąd:           |  | Ilość km:        |                         |
| Typ pojazdu:  |  | Nr rej.:         |  | Transport:       | indywidualny<br>łączony |
| Potwierdzenie realizacji transportu (czytelny podpis) |  |                  |  |                  |                         |

**Koszty transportu sanitarnego pacjenta:**

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

Data i czytelny podpis osoby zatwierdzającej