

68

dnia 20.... r.

Proszę o przewiezienie chorego(ej) (imię i nazwisko)

.....
(imię i nazwisko)

lat

PESEL

[illegible]

telefon

Rozpoznanie:

kod (ICD10)

(w języku polskim)

I stopień niesprawności	*
II stopień niesprawności	*

* Właściwe zaznaczyć znakiem „X”.

z.....

(nazwa jednostki, adres)

w dniu o godzinie

w pozycji do

(nazwa jednostki, adres)

Cel przewozu.

1. konieczność podjęcia natychmiastowego leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej	*
2. potrzeba kontynuacji leczenia (kontynuowania leczenia w danym zakładzie lub 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	*

* Właściwe zaznaczyć znakiem „X”.

Pouczenie dla ubezpieczonego

Zgodnie z § 6 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. Nr 140, pozycja. 1143 z późn. zm.) Oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. Nr 140, poz. 1148 z późn. zm.) - w przypadku zlecenia transportu sanitarnego gwarantowanego w celu innym niż:

1. konieczność podjęcia natychmiastowego leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej lub potrzeby zachowania ciągłości leczenia;
2. konieczność przewozu osób ubezpieczonych posiadających dysfunkcję narządu ruchu uniemożliwiającą korzystanie ze środków transportu publicznego w celu przejazdu na leczenie do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej udzielającego świadczenia we właściwym zakresie z powrotem;

I wobec którego ustalono:

I stopień niesprawności — udział ubezpieczonego w kosztach przejazdu środkiem transportu sanitarnego wynosi 100%:

II stopień niesprawności — udział ubezpieczonego w kosztach przejazdu środkiem transportu sanitarnego wynosi 60%.

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

(podpis ubezpieczonego/jej)

(podpis i pieczęć lekarza)

ZLECENIE WYJAZDU

ROK		M-C		DZIEŃ	
NR					
Transport z:		POTWIERDZENIE WYKONANIA ZLECENIA			
Transport do:					
Skład zespołu wyjazdowego: / imię i nazwisko /		CZYNNOŚCI I OBSERWACJE W CZASIE PRZEWOZU			
lekarz					
ratownik					
kierowca					
wyjazd		godz.	min.	DANE PACJENTA	
				Imię i nazwisko	
powrót do stacji		godz.	min.	Rodzaj dokumentu ubezpieczeniowego	
				Adres zamieszkania pacjenta	
NR KARETKI					
ILOŚĆ KILOMETRÓW		UWAGI:			
LICZNIK					
od		do			
PODPIS KIEROWNIKA ZESPOŁU					