Załącznik numer 3

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

Kraków, dnia ……..

ZLECENIE NA TRANSPORT SANITARNY

Proszę o przewiezienie chorego (ej):……... wiek:

……

Adres:

……..

PESEL: …….. telefon

……..

rozpoznanie

……..

……
……

w języku polskim

kod (ICD10): ……

z

……

…..

……
…….

nazwa jednostki, adres

w dniu …… **o godzinie** …….. **w pozycji**

...……

do

……

….

……
……

nazwa jednostki, adres

cel przewozu

1. konieczności podjęcia natychmiastowego leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej	
2. potrzeba kontynuacji leczenia (kontynuowanie 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"*

Transport: ☐ bezpłatny ☐ płatny 60% ☐ płatny 100%

Pouczenie dla ubezpieczonego

Zgodnie z § 7 Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2014 r. zmieniającego rozporządzenia **w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego** (Dz. U. z 2014 r. poz. 1441 z późn. zm.) - 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. konieczność przewozu osób ubezpieczonych posiadających dysfunkcje narządu ruchu uniemożliwiającą korzystanie ze środków transportu publicznego w celu przejazdu na leczenie do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej udzielającej świadczeń we właściwym zakresie i z powrotem,
3. przejazd środkami transportu sanitarnego jest finansowany w 40% ze środków publicznych w przypadku:
   1) chorób krwi i narządów krwiotwórczych,
   2) chorób nowotworowych,
   3) chorób oczu,
   4) chorób przemiany materii,
   5) chorób psychicznych i zaburzeń zachowania,
   6) chorób skóry i tkanki podskórnej,
   7) chorób układu krążenia,

8) chorób układu moczowo-płciowego,
9) chorób układu nerwowego,
10) chorób układu oddechowego,
11) chorób układu ruchu,
12) chorób układu trawiennego,
13) chorób wydzielania wewnętrznego,
14) chorób zakaźnych i pasożytniczych,
15) urazów i zatruć,
16) wad rozwojowych wrodzonych, zniekształceń i aberracji chromosomowych.

- gdy ze zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego wynika że świadczeniobiorca jest zdolny do samodzielnego poruszania się bez stałej pomocy innej osoby ale wymaga środka transportu publicznego dostosowanego do potrzeb osób niepełnosprawnych.

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

…… …… ……

……. *Podpis ubezpieczonego Podpis i pieczątka lekarza zlecającego Podpis Ordynatora/Lek. kierującego Oddziałem Podpis Dyrektora*