

Pieczęć komórki organizacyjnej

Zlecenie na transport sanitarny**Transport: pilny** ☐ / **planowy** ☐Proszę o przewiezienie chorego(ej) / produktu* lat
(imię i nazwisko / nazwa)

Adres: tel.

PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐rozpoznanie kod (ICD10)
(w języku polskim)

w dniu o godzinie w pozycji

z do
(nazwa jednostki, adres) (nazwa jednostki, adres)

cel przewozu (uzasadnienie)

Data, godzina i minuta zgłoszenia potrzeby transportu sanitarnego

I. Forma odpłatności***1. Bezplatny** - koszt SPZOZ w Krasnymstawie

- ☐ Kontynuacja leczenia ☐ Konsultacje lub wykonanie badania ☐ Przewóz pacjenta z trwałą dysfunkcją narządu ruchu do/z podmiotu leczniczego ☐ Transport krwi i produktów krwiopochodnych

2. Częściowo odpłatny - udział własny pacjenta w kosztach przewozu środkiem transportu sanitarnego – 60%

na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w przypadku:

- ☐ chorób krwi i narządów krwiotwórczych, ☐ chorób nowotworowych, ☐ chorób oczu, ☐ chorób przemiany materii, ☐ chorób psychicznych i zaburzeń zachowania, ☐ chorób skóry i tkanki podskórnej, ☐ chorób układu krążenia, ☐ chorób układu moczowo-płciowego, ☐ chorób układu nerwowego, ☐ chorób układu oddechowego, ☐ chorób układu ruchu, ☐ chorób układu trawiennego, ☐ chorób układu wydzielania wewnętrznego, ☐ chorób zakaźnych i pasożytniczych, ☐ urazów i zatruc, ☐ wad rozwojowych wrodzonych, zniekształceń i aberracji chromosomowych.

3. Odpłatny przez pacjenta w 100% ☐**II. Dane przyjmującego zlecenie****III. Informacja dotycząca wykonania usług transportu sanitarnego**:**

Potwierdzenie przekazania pacjenta przez pracownika SPZOZ w Krasnymstawie do transportu

W dniu o godzinie – potwierdzenie dokonywane przez przedstawiciela SPZOZ w Krasnymstawie
(czytelny podpis)

Pacjent został dowieziony do innego podmiotu wykonującego działalność leczniczą (jeśli dotyczy)

W dniu o godzinie – potwierdzenie dokonywane przez wykonującego transport
(podpis)

Pacjent został dowieziony do miejsca docelowego (zamieszkania/pobytu) (jeśli dotyczy)

W dniu o godzinie – potwierdzenie dokonywane przez pacjenta lub osobę towarzyszącą
(czytelny podpis)

Pacjent został odwieziony do siedziby SPZOZ w Krasnymstawie (jeśli dotyczy)

dnia o godzinie – potwierdzenie dokonywane przez przedstawiciela SPZOZ w Krasnymstawie
(czytelny podpis)**Dotyczy transportu poza granicami administracyjnymi SPZOZ w Krasnymstawie**Liczba przejechanych kilometrów i czas pracy zespołu – wskazuje podmiot wykonujący transport
(czytelny podpis)

* właściwe zaznaczyć

** Zaznaczyć i wypełnić właściwe pole podając godzinę z dokładnością co do minuty

.....
Czytelny podpis i pieczęć lekarza zlecającego