

Pieczęć komórki organizacyjnej

Zlecenie na transport sanitarny**Transport: pilny** / **planowy** **w ramach POZ** 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. Bezpłatny** - 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