

Pieczęć komórki organizacyjnej

Krasnystaw, dnia .....

**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. Bezpłatny** - koszt SPZOZ w Krasnymstawie

- Kontynuacja leczenia                       Konsultacje lub wykonanie badania                       Przewóz pacjenta z trwałą  
dysfunkcją narządu ruchu                       Transport krwi i produktów krwiopochodnych                       Dokumentacja medyczna

**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)

dniu ..... 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