

numer identyfikacyjny świadczeniodawcy



ZLECENIE NA TRANSPORT SANITARNY WŁASNY* / ZEWNĘTRZNY * / D – 152/

* właściwe zaznaczyć – jednokrotny wybór - Koordynatora ds. Transportu lub Zastępca

Transport w jedną stronę * / w obie strony *

* właściwe zaznaczyć – jednokrotny wybór - wypełnia Lekarz

NR zlecenia NR Karty

Proszę o przewiezienie chorego(ej)

.....
imię i nazwisko

lat waga

telefon

kod(ICD10).....rozpoznanie.....

z

.....
nazwa jednostki, adres

w dniu.....o godzinie

w pozycjileżącej / siedzącej właściwe zaznaczyć znakiem „X” - jednokrotny wybór

do.....

.....
nazwa jednostki, adres

Tabela a. rodzaj transportu

1.Karetka przewozowa – przewóz pacjentów bez opieki medycznej (sanitariusz)	*
2.Karetka przewozowa – przewóz pacjentów dializowanych	*
3.Karetka przewozowa - z opieką medyczną(ratownik medyczny lub pielęgniarka)	*
4.Karetka przewozowa - karetka "R"-zespół specjalistyczny (zespół z lekarzem)	*

* właściwe zaznaczyć znakiem „X” - jednokrotny wybór

Tabela b. stopień niesprawności pacjenta

1. Pacjent całkowicie niezdolny do samodzielnego poruszania się środkami transportu publicznego – 100 % refundacji ze środków publicznych – transport bezpłatny dla pacjenta	*
2. Pacjent jest zdolny do samodzielnego poruszania się bez stałej pomocy innej osoby, ale wymaga przy korzystaniu ze środków transportu publicznego pomocy innej osoby lub środka transportu publicznego dostosowanego do potrzeb osób niepełnosprawnych - pacjent pokrywa 60% kosztów przejazdu środkami transportu sanitarnego chyba że:	*
a. transport wynika z konieczności podjęcia natychmiastowego leczenia w podmiocie leczniczym – 100 % refundacji ze środków publicznych – transport bezpłatny dla pacjenta	*
b. transport wynika z konieczności zapewnienia ciągłości leczenia – 100 % refundacji ze środków publicznych – transport bezpłatny dla pacjenta	*
3. Pacjent nieubezpieczony – pacjent pokrywa w 100 %koszty przejazdu środkami transportu sanitarnego	*

* właściwe zaznaczyć znakiem „X” – jednokrotny wybór

* w przypadku zaznaczenia pkt. 2 w tabeli b należy wypełnić tabelę c

Tabela c . Stan pacjenta – klasyfikacja wg : Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2015 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego

	Stan pacjenta – klasyfikacja : Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2015 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego	Właściwe zaznaczyć „X”
1	choroby krwi i narządów krwiotwórczych	
2	choroby nowotworowe	
3	choroby oczu	
4	choroby przemiany materii	
5	choroby psychiczne i zaburzenia zachowania	
6	Choroby skóry i tkanek podskórnych	
7	Choroby układu krążenia	
8	Choroby układu moczowo-płciowego	
9	Choroby układu nerwowego	
10	Choroby układu oddechowego	
11	Choroby układu ruchu	
12	Choroby układu trawiennego	
13	Choroby układu wydzielania wewnętrznego	
14	Choroby zakaźne i pasożytnicze	
15	Urazy i zatrucia	
16	Wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje chromosomowe	

*** tabele a, b, c - wypełnia Lekarz zlecający transport**

Ilość kilometrów planowanego przewozu /wypełnia Koordynator ds. Transportu lub Zastępca
 /.....
 Koszt przejazdu przy udziale świadczeniobiorcy 100 % = liczba km w obydwie strony x
 Zł
 Koszt przejazdu przy udziale świadczeniobiorcy 60 % = liczba km w obydwie strony x
 Zł

Transport bezpłatny przysługuje pacjentowi w przypadku:

1. konieczności podjęcia natychmiastowego leczenia w podmiocie leczniczym
2. wynikający z potrzeby zachowania ciągłości leczenia
3. dysfunkcji narządu ruchu uniemożliwiającej korzystanie ze środków transportu publicznego w celu odbycia leczenia

Pouczenie dla ubezpieczonego

Podstawa prawna : Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z późniejszymi zmianami- **pacjent pokrywa 60 % kosztów transportu sanitarnego 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 układu wydzielania wewnętrznego
- 14) chorób zakaźnych i pasożytniczych
- 15) urazów i zatruc
- 16) wad rozwojowych wrodzonych, zniekształceń i aberracji chromosomowych

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

Podstawa prawna : Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2015 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego

Chory pokrywa koszty transportu w obydwie strony wynikające z różnicy odległości pomiędzy świadczeniodawcą najbliższym a docelowym, wskazanym w skierowaniu na transport sanitarny.

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

.....
 Podpis Ubezpieczonego lub Opiekuna

.....
 Podpis i pieczęć Lekarza

Opinia Koordynatora ds. Transportu lub Zastępcy

.....

Opinia Dyrektora ds. Lecznictwa lub Koordynatora Szpitala
 zaznaczyć

wyrażam zgodę * / nie wyrażam zgody ** właściwe