



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

....., dnia .....20 .....r.

## ZLECENIE NA TRANSPORT SANITARNY

Proszę o przewiezienie chorego(ej).....  
(imię i nazwisko)

....., lat .....

Adres .....

PESEL

telefon .....

Rozpoznanie: .....  
(w języku polskim)

kod (ICD10) .....

### Stopień niesprawności pacjenta

I stopień niesprawności	*
II stopień niesprawności	*

\* Właściwe zaznaczyć znakiem „X”.

Z .....

(nazwa jednostki, adres)

w dniu ....., o godzinie ..... w pozycji .....

do .....

(nazwa jednostki, adres)

### Cel przewozu

1. konieczność podjęcia natychmiastowego leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej	*
2. potrzeba kontynuacji leczenia (kontynuowania 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”.

### Pouczenie dla ubezpieczonego

Zgodnie z § 6 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2004 roku w sprawie wykazu grup jednostek chorobowych, stopni niesprawności oraz wysokości udziału własnego świadczeniobiorcy w kosztach przejazdu środkami transportu sanitarnego (Dz.U. z 2004 r. Nr 275, poz. 2731) - 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 dysfunkcję narządu ruchu uniemożliwiającą korzystanie ze środków transportu publicznego w celu przejazdu na leczenie do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej udzielającego świadczeń we właściwym zakresie i wobec którego ustalono:

I stopień niesprawności - udział ubezpieczonego w kosztach przejazdu środkiem transportu sanitarnego wynosi 100%,

II stopień niesprawności - udział ubezpieczonego w kosztach przejazdu środkiem transportu sanitarnego wynosi 60%.

Oświadczam, że zapoznałem(am) się z powyższym pouczeniem i bez zastrzeżeń wyrażam zgodę na poniesienie kosztów przewozu na zasadach wyżej ustalonych.

.....  
(podpis ubezpieczonego/ej)

.....  
(podpis i pieczęć lekarza)