



Pieczęć jednostki kierującej

ZLECENIE NA TRANSPORT SANITARNY**CZEŚĆ I**

PACJENT (imię i nazwisko)

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

TELEFON KONTAKTOWY

ADRES PACJENTA

ROZPOZNANIE (kod ICD-10)

DATA I GODZINA TRANSPORTU

TRASA TRANSPORTU: z

adres

do

adres

POZYCJA / OPIEKA

Siedząca

☐

Leżąca

☐Bez opieki
medycznej☐Ratownik
Pielęgniarka☐

Lekarz

☐

Transport nieodpłatny:

- ☐ przewóz do innej jednostki ochrony zdrowia wynikający z potrzeby zachowania ciągłości leczenia
- ☐ stan pacjenta nie pozwala na korzystanie ze środków transportu publicznego – uzasadnienie:

☐ Transport odpłatnyWypełnić **CZEŚĆ II**
Zasady odpłatności

Oświadczam, iż znane są mi podstawy do zlecenia nieodpłatnego dla pacjenta transportu sanitarnego

Rybnik, dnia

.....
podpis i pieczęć lekarza zlecającego transport**CZEŚĆ II ZASADY ODPLATNOŚCI** (wypełnia lekarz zlecający transport)

- ☐ Pacjent nieubezpieczony – odpłatność **100%**
- ☐ Transport na życzenie Pacjenta – odpłatność **100%**
- ☐ Osoba zdolna do samodzielnego poruszania się przy wykorzystaniu środków pomocniczych i przedmiotów ortopedycznych bez stałej pomocy innej osoby i zdolna do korzystania ze środków transportu publicznego – odpłatność **100%**
- ☐ Osoba zdolna do samodzielnego poruszania się bez stałej pomocy innej osoby, ale wymagająca przy korzystaniu ze środków transportu publicznego pomocy innej osoby lub środka transportu publicznego dostosowanego do potrzeb osób niepełnosprawnych – odpłatność **60%**, uzasadnienie:

Oświadczam, że zapoznałam/em się z powyższymi zasadami odpłatności
i bez zastrzeżeń wyrażam zgodę na poniesienie kosztów przewozu
na zasadach wyżej ustalonych.

.....
podpis Pacjenta / opiekuna prawnego.....
podpis i pieczęć lekarza zlecającego transport**CZEŚĆ III** data usługi: / 20.....r.

nr zlecenia: nr rej. pojazdu: kierowca:

czas realizacji zlecenia: liczba przejechanych kilometrów:

.....
podpis i pieczęć wykonawcy (w przyp. opieki medycznej).....
podpis i pieczęć Ratownika Medycznego (w przyp. opieki medycznej).....
podpis kierującego pojazdem