



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

do adres

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 odpłatny

Wypełnić 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

Harmonogram transportu pacjentów dializowanych

Miesiąc / Rok

L.p.	Termin (dzień) i godzina wykonania Dializy	Imię i nazwisko pacjenta dializowanego	Adres zamieszkania pacjenta	Telefon kontaktowy pacjenta	Uwagi
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					

.....
(pieczętka i podpis Zamawiającego)