**Załącznik nr 3**

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

pieczęć jednostki kierującej, adres, telefon

kod, nazwa komórki organizacyjnej

|  |
| --- |
|  |

**ZLECENIE NA TRANSPORT SANITARNY**

Proszę o przewiezienie

chorego(ej)...............................................................................................................................................................lat..........

imię i nazwisko

adres...........................................................................................................................................telefon...............................

**PESEL…………………………..**

**Rozpoznanie**.........................................................................................................................................................................

........................................................................................................................................................**kod(ICD10)**....................

**z** ……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

nazwa jednostki, adres

**w dniu**.................................................**o godzinie**.............................................................................................................

**w pozycji** ………………………………………………………………………………………………………………………………

**do**..........................................................................................................................................................................................

nazwa jednostki, adres

**cel przewozu**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. konieczności 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 **60% odpłatności** |  |
| 1. Inne wyżej nie wymienione **100% odpłatności** |  |

\* właściwe zaznaczyć znakiem „X”

**Pouczenie dla ubezpieczonego**

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z dnia 31 sierpnia 2009 z póżn. zm.) – 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;

mają zastosowanie przepisy w/w rozporządzenia określające poziom finansowania transportu ze środków publicznych na poziomie 40% oraz jednostki chorobowe dla których finansowanie przysługuje. W innych przypadkach świadczeniobiorca ponosi koszty transportu na poziomie 100% (pełny koszt przejazdu)

**Oświadczam, że zapoznałam/em się z powyższym pouczeniem i bez zastrzeżeń wyrażam zgodę na poniesienie**

**kosztów przewozu na zasadach wyżej ustalonych.**

.................................................... .. ….………………………………….

Podpis ubezpieczonego podpis i pieczątka lekarza

……………………………………

podpis i pieczątka wykonującego transport

……………….…dnia…………… ………...............................................................................

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub

posiadających pełnomocnictwo