

2-029

Załącznik nr 1 do Zarządzenia Nr 46/2016 z dnia 31.03.2016 r.

Pieczęć świadczeniodawcy

Godzina zgłoszenia zlecenia:

Godzina rozpoczęcia transportu:

Wrocław, dnia r.

ZLECENIE NA TRANSPORT SANITARNY

Proszę o przewiezienie chorego(ej)

..... lat

imię i nazwisko

adres

PESEL

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

telefon

rozpoznanie

w języku polskim

..... Kod (ICD – 10)

Z nazwa jednostki, adres

w dniu o godzinie

w pozycji

do nazwa jednostki, adres

Cel przewozu:

1. konieczność podjęcia natychmiastowego leczenia w podmiocie leczniczym	*
2. potrzeba zachowania ciągłości leczenia	*
3. dysfunkcja narządu ruchu uniemożliwiająca korzystanie ze środków transportu publicznego, w celu odbycia leczenia do najbliższego podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń we właściwym zakresie i z powrotem	*
4. inne wyżej nie wymienione	*

*właściwe zaznaczyć znakiem „x”

Rodzaj transportu sanitarnego*:

☐ P

☐ S

☐ T

Planowy

☐

Cito

☐

*właściwe zaznaczyć znakiem „x”

.....
podpis i pieczęć
Z-cy Dyrektora ds. Medycznych.....
podpis i pieczęć
Ordynatora/Lekarza
kierującego oddziałem.....
podpis i pieczęć
osoby wystawiającej zlecenie.....
podpis i pieczęć
osoby przyjmującej
zlecenie**OŚWIADCZENIE**

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że wyrażam zgodę na uregulowanie należności za przewóz w 60%* / 100%* zgodnie z podanym cennikiem za transport sanitarny.

*niepotrzebne skreślić

.....
podpis pacjenta