



Proszę o przewiezienie chorego(ej) _____, lat _____
(imię i nazwisko)

Adres _____

[illegible]

Rozpoznanie _____
(w języku polskim)

`kod(ICD10)` _____

I stopień niesprawności	*
II stopień niesprawności	*

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	*

* właściwe zaznaczyć znakiem „X”

Pouczenie dla ubezpieczonego

Pouczenie dla ubezpieczonego
Zgodnie z § 6 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 maja 2003 roku w sprawie określenia wykazu grup jednostek chorobowych, stopni niesprawności oraz wysokości udziału własnego ubezpieczonego w kosztach przejazdu środkami transportu sanitarnego (Dz. U. z 2003 r. Nr 88, poz. 815) - 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 z powrotem;
- 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 zapoznałam/em się z powyższym pouczeniem i bez zastrzeżeń wyrażam zgodę na poniesienie kosztów przewozu na zasadach wyżej ustalonych.