

## Załącznik nr 5

pieczęć jednostki kierującej, adres, telefon  
kod, nazwa komórki organizacyjnej  
numer identyfikacyjny świadczeniodawcy

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

### ZLECENIE NA TRANSPORT SANITARNY

Proszę o przewiezienie chorego(ej).....

..... imię i nazwisko ..... lat.....

adres.....

PESEL

telefon.....

rozpoznanie.....

w języku polskim

kod(ICD10).....

Z.....

nazwa jednostki, adres

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

w pozycji.....

do.....

nazwa jednostki, adres

#### cel przewozu

1. konieczności podjęcia natychmiastowego leczenia w podmiocie leczniczym	*
2. potrzeba zachowania ciągłości leczenia (kontynuowania leczenia w danym podmiocie leczniczym lub przekazania do dalszego leczenia w innym podmiocie leczniczym)	*
3. dysfunkcja narządu ruchu uniemożliwiająca korzystanie ze środków transportu publicznego (w celu przejazdu na leczenie do najbliższego podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń w właściwym zakresie i z powrotem)	*
4. w przypadku chorób krwi i narządów krwiotwórczych, chorób nowotworowych, chorób oczu, chorób przemiany materii, chorób psychicznych i zaburzeń zachowania, chorób skóry i tkanki podskórnej, chorób układu krążenia, chorób układu moczowo-płciowego, chorób układu nerwowego, chorób układu oddechowego, chorób układu ruchu, chorób układu trawiennego, chorób układu wydalania wewnętrznego, chorób zakaźnych i pasożytniczych, urazów i zatrążeń wrodzonych, zniekształceń i aberracji chromosomowych (odpowiednią chorobę zakreślić) zdolny do samodzielnego poruszania się bez stałej pomocy innej osoby, ale wymaga przy korzystaniu ze środków transportu publicznego pomocy innej osoby lub środka transportu publicznego dostosowanego do potrzeb osób niepełnosprawnych,	
5. Inne wyżej nie wymienione	*

\* właściwe zaznaczyć znakiem „X”

#### Pouczenie dla ubezpieczonego

Zgodnie z art. 41 ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z 24 sierpnia 2004 roku (tj. Dz. U. z 2015 r. poz. 581 z późn. zm) w przypadkach niewymienionych w pkt 1-3 powyższej tabeli, na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego świadczeniobiorcy przysługuje przejazd środkami transportu sanitarnego odpłatnie lub za częściową odpłatnością.

Zgodnie z §7 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego z dnia 22 listopada 2013 roku (Dz. U. z 2013 r. poz. 1520), § 4 ust. 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej z dnia 24 września 2013 r. ([Dz.U. z 2013 r. poz. 1248](#)) oraz § 5 ust. 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej z dnia 6 listopada 2013 r. ([Dz.U. z 2013 r. poz. 1413](#)) przejazd środkami transportu sanitarnego w przypadkach niewymienionych w [art. 41 ust. 1 i 2](#) ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (przypadki opisane w pkt 1-3 powyższej tabeli) jest finansowany w 40% ze środków publicznych w przypadku:

- 1) chorób krwi i narządów krwiotwórczych,
- 2) chorób nowotworowych,
- 3) chorób oczu,
- 4) chorób przemiany materii,
- 5) chorób psychicznych i zaburzeń zachowania,
- 6) chorób skóry i tkanki podskórnej,
- 7) chorób układu krążenia,
- 8) chorób układu moczowo-płciowego,
- 9) chorób układu nerwowego,
- 10) chorób układu oddechowego,
- 11) chorób układu ruchu,
- 12) chorób układu trawiennego,
- 13) chorób układu wydzielania wewnętrznego,
- 14) chorób zakaźnych i pasożytniczych,
- 15) urazów i zatruc,
- 16) wad rozwojowych wrodzonych, zniekształceń i aberracji chromosomowych

- gdy ze zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego wynika, że świadczeniobiorca jest zdolny do samodzielnego poruszania się bez stałej pomocy innej osoby, ale wymaga przy korzystaniu ze środków transportu publicznego pomocy innej osoby lub środka transportu publicznego dostosowanego do potrzeb osób niepełnosprawnych.

**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 pieczęć lekarza

## **UWAGA**

- Rubryka „**Pouczenie dla ubezpieczonego**” nie dotyczy zlecenia transportu sanitarnego w trybie art. 41 ust 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz. U. z 2015 r. poz. 581 z późn. zm)W przypadku stwierdzenia przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, który zleca transport sanitarny, że ubezpieczony kwalifikuje się do transportu sanitarnego na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego z dnia 22 listopada 2013 roku (Dz. U. z 2013 r. poz. 1520), należy wypełnić druk zlecenia na transport sanitarny z szczególnym uwzględnieniem rubryki „**Pouczenie dla ubezpieczonego** z jednoczesnym zapoznaniem pacjenta o wynikających z tego tytułu kosztach transportu.