

Załącznik nr 5

Megrez Sp. z o.o.
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Tychach
K. Res.: I: 00000027834 V: 01 VII: 999
Nr umowy z NFZ: 121/212484/03/1/2012
NIP: 6342670310 REGON: 240872286

Tychy, dn.

ZLECENIE NA TRANSPORT SANITARNY**Megrez zleca przewiezienie**

chorego(ej) lat KG:

imię i nazwisko

adres ul. PESEL telefon

Rozpoznanie

stopień niesprawności pacjenta

I stopień niesprawności	*
II stopień niesprawności	*

* właściwe zaznaczyć znakiem „X”

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 do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej udzielającego świadczeń we właściwym zakresie i z pow.	*
4. Inne wyżej nie wymienione	*

* właściwe zaznaczyć znakiem „X”

Pouczenie dla ubezpieczonego

Zgodnie z § 6 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2004 roku w sprawie wykazu grup jednostek chorobowych, stopni niesprawności oraz wysokości udziału własnego świadczeniobiorcy w kosztach przejazdu środkami transportu sanitarnego (Dz. U. z 2004 r. Nr 275, poz. 2731) – w przypadku zlecenia transportu sanitarnego ubezpieczonemu w celu innym niż:

- konieczność podjęcia natychmiastowego leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej lub potrzeby zachowania ciągłości leczenia;
- konieczność przewozu osób ubezpieczonych posiadających dysfunkcję narządu ruchu uniemożliwiająca korzystanie ze środków transportu publicznego w celu przejazdu na leczenie do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej udzielającego świadczeń we właściwym zakresie 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.

.....
podpis ubezpieczonego.....
podpis i pieczętka lekarza

Megrez Sp. z o.o.
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Tychach
K. Res.: I: 00000027834 V: 01 VII: 999
Nr umowy z NFZ: 121/212484/03/1/2012
NIP: 6342670310 REGON: 240872286

Tychy, dn.

ZLECENIE NA TRANSPORT SANITARNY**Megrez zleca przewiezienie**

chorego(ej) lat KG:

imię i nazwisko

adres ul. PESEL telefon

Rozpoznanie

stopień niesprawności pacjenta

I stopień niesprawności	*
II stopień niesprawności	*

* właściwe zaznaczyć znakiem „X”

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 do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej udzielającego świadczeń we właściwym zakresie i z pow.	*
4. Inne wyżej nie wymienione	*

* właściwe zaznaczyć znakiem „X”

Pouczenie dla ubezpieczonego

Zgodnie z § 6 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2004 roku w sprawie wykazu grup jednostek chorobowych, stopni niesprawności oraz wysokości udziału własnego świadczeniobiorcy w kosztach przejazdu środkami transportu sanitarnego (Dz. U. z 2004 r. Nr 275, poz. 2731) – w przypadku zlecenia transportu sanitarnego ubezpieczonemu w celu innym niż:

- konieczność podjęcia natychmiastowego leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej lub potrzeby zachowania ciągłości leczenia;
- konieczność przewozu osób ubezpieczonych posiadających dysfunkcję narządu ruchu uniemożliwiająca korzystanie ze środków transportu publicznego w celu przejazdu na leczenie do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej udzielającego świadczeń we właściwym zakresie 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.

.....
podpis ubezpieczonego.....
podpis i pieczętka lekarza