



Megrez Sp. z o.o.  
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Tychach  
K. Res.: I: 000000027834 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(iej)..... lat..... KG:.....

imię i nazwisko

adres.....

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 uniemożliwiającą 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: 000000027834 V: 01 VII: 999  
Nr umowy z NFZ: 121/212484/03/1/2012  
NIP: 6342670310 REGON: 240872286

Załącznik nr 8 do SIWZ

Tychy, dn.....

## ZLECENIE NA TRANSPORT SANITARNY

Megrez zleca przewiezienie chorego(iej)..... lat..... KG:.....

imię i nazwisko

adres.....

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 uniemożliwiającą 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