

Nr rejestracyjny pojazdu:
 Czas pracy pojazdu:
 Wykonane kilometry:
 Koszt:

Szpital Uniwersytecki nr 2
 im. dr. Jana Biziela w Bydgoszczy
 Klinika Neurochirurgii i Neurologii
 Centrum Interwencyjnego Leczenia Udarów Mózgu
 ul. Ujejskiego 75, 85-168 Bydgoszcz
 (52) 365-55-65
 00000022333 340517145 V:01 VII:150 VIII:4220
 17-21/B0002/PSZ

Data zgłoszenia:

Data transportu:

ZLECENIE TRANSPORTU

Pacjent: ID: PESEL

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

 (imię i nazwisko)

Transport z Ładowisko przy Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 im. dr. A. Jurasza, ul. Skłodowskiej 9 Bydgoszcz
 do Pracownia Radiologii Zabiegowej w Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 im. dr. J. Biziela, ul. Ujejskiego 75 Bydgoszcz

Stopień niesprawności pacjenta *

I stopień niesprawności	
II stopień niesprawności	

Cel przewozu *

1. Konieczności podjęcia natychmiastowego leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej.	
2. Potrzeba kontynuacji leczenia (kontynuowanie leczenia w danym zakładzie lub przekazanie 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”

Rozpoznanie:

Choroby towarzyszące:

Stan nagły: TAK NIE

Cechy zagrożenia życia lub zdrowia: TAK NIE

Opis:

Oddech: /min Wydolny: TAK NIE Tlen: TAK NIE Respirator: TAK NIE

Inne formy zabezpieczenia dróg oddechowych:

Ciężenie: / mmHg

Tętno: /min

Farmakoterapia w trakcie transportu:

Zabiegi wymagane podczas transportu:

UWAGI:

Data: godz.:

(lekarz kwalifikujący do transportu)

Pouczenie dla ubezpieczonego:

Zgodnie z §6 Rozporządzenia MZ z dn.10.05.2003r. w sprawie określenia wykazu grup jednostek chorobowych, stopień niesprawności oraz wysokości udziału własnego ubezpieczonego w kosztach przejazdu środkami transportu sanitarnego /Dz.U.z.2003r. Nr88 poz.815/ - w przypadku zlecenia transportu sanitarnego ubezpieczonego 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 uniemożliwiająca 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 zapoznałem się z powyższym pouczeniem i bez zastrzeżeń wyrażam zgodę na poniesienie kosztów przewozu na zasadach wyżej ustalonych.

.....
 (podpis ubezpieczonego)