Pieczęć zleceniodawcy (nazwa, adres, telefon)

ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ
WE WŁOSZCZOWIE
Tel. DO GODZINY 15:00 (41)3883828
PO GODZINIE 15:00 (41)3883712
(41)3883800 Sekretariat; Sekretariat Fax. (41)3883858

.....
Miejscowość data

ZLECENIA NA TRANSPORT SANITARNY

Proszę o przekazanie chorego(ej): ..... **lat:** ..... **Telefon** .....
Imię i Nazwisko

.....
Adres zamieszkania (ulica. kod, miasto)

PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ **Rozpoznanie** .....

Transport z .....
Nazwa jednostki, adres

Data ..... Godzina ..... :.....

Transport do .....
Nazwa jednostki, adres

Data ..... Godzina ..... :.....

.....
Świadczeniodawca najbliższy (gdy wymieniony nie jest najbliższym)

Cel przewozu *

- ☐ Konieczność podjęcia natychmiastowego leczenia w podmiocie leczniczym
- ☐ Kontynuacja leczenia (wskazania medyczne)
- ☐ Kontynuacja leczenia (wskazania medyczne miejsce inne niż najbliższe na życzenie pacjenta płatność różnica)
- ☐ Konsultacja
- ☐ Transport krwi
- ☐ Odwóz do domu
- ☐ Kontynuacja leczenia (na życzenie pacjenta)
- ☐ Dysfunkcja narządu ruchu uniemożliwiająca korzystanie za środków transportu publicznego (w celu przejazdu do najbliższego podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń we właściwym zakresie i z powrotem)
- ☐ Inne wyżej nie wymienione .....

** Zaznaczyć krzyżykiem(X)*

W pozycji * ☐ leżącej ☐ siedzącej

Transport powrotny * ☐ TAK

Stopień odpłatności */

☐ 100% ☐ 60% ☐ bezpłatny

.....
(Podpis i pieczęć zlecającego)

✂ ..... ✂

** Niepotrzebne skreślić*

Włoszczowa, dnia.....

OŚWIADCZENIE

CZĘŚĆ A

Ja, ...niżej podpisany, zamieszkały: .....legitymujący się dowodem osobistym seria i nr ....., PESEL ....., oświadczam, że jako pacjent/opiekun pacjenta* : .....
(Imie, Nazwisko Pacienta, PESEL)
zostałem/am poinformowany/a o warunkach transportu sanitarnego i o przewidywanych kosztach ustalonych na podstawie cennika ZOZ i zlecenia na transport, wyrażam zgodę na transport i zobowiązuję się pokryć jego koszty niezwłocznie po wykonaniu u kierowcy/sanitariusza lub w terminie 14 dni od daty wystawienia rachunku

.....
(Podpis pacjenta/opiekuna)

.....

CZĘŚĆ B

.....
Do zapłaty

.....
Ilość płatnych kilometrów

.....
(Podpis kierowcy/sanitariusza)