



**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W  
SOKÓLCE**

ul. gen. Władysława Sikorskiego 40  
16-100 Sokółka  
85 72 20 463  
REGON: 050653170 Nr ks. rej.: 00000010637

(dane zleceniodawcy)

(data wystawienia zlecenia)

**ZLECENIE NA TRANSPORT SANITARNY/TRANSPORT SANITARNY POZ**

(niepotrzebne wykreślić)

**Obejmuje:**

Przewóz z miejsca zamieszkania (pobytu) na leczenie w trybie stacjonarnym / po leczeniu stacjonarnym do domu	
Przewóz z miejsca zamieszkania (pobytu) na leczenie w trybie dziennym	
Przewóz z miejsca zamieszkania (pobytu) na pierwszorazowe świadczenie z rodzaju ambulatoryjnej opieki specjalistycznej albo leczenia stomatologicznego i z powrotem	
Przewóz z miejsca zamieszkania (pobytu), celem wykonania zabiegów i procedur medycznych wynikających z procesu realizowanego przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, do którego zadeklarowany jest świadczeniobiorca i z powrotem	
Przewóz z miejsca zamieszkania (pobytu) do zakładu długoterminowej opieki z zdrowotnej	
Przewóz między szpitalami	
Przewóz między szpitalami w asyście lekarskiej	
Przewóz ze szpitala do miejsca zamieszkania	
Inne wyżej niewymienione	

(właściwe zaznaczyć znakiem „X”, a w 1 wierszu niepotrzebne wykreślić)

Świadczeniobiorca ..... Płeć ..... Data ur. .... lat .....  
Adres zamieszkania ..... kod pocztowy .....  
PESEL ..... Nr dokumentu upraw. do świadczeń .....  
Rozpoznanie w j.polskim ..... kod (ICD10) .....  
Zaplanowana data realizacji transportu ..... godz .....  
Rodzaj transportu sanitarnego - .....  
Skąd .....  
dokąd .....

w pozycji: leżącej / siedzącej / innej wynikającej ze stanu zdrowia świadczeniobio .....

Czy docelowe miejsce przewozu jest najbliższym miejscem udzielania świadczeń właściwym na stan z zdrowia świadczeniobiorcy: TAK / NIE

(niepotrzebne wykreślić) a jeśli nie to proszę wskazać najbliższ: .....

**Dotyczy transportu bezpłatnego wynikającego ze wskazań:**

Konieczności podjęcia natychmiastowego leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej (należy uwzględnić przepisy ustawy z dnia 8 września 2006r. o państwowym ratownictwie medycznym, która definiuje stan zagrożenia życia)	
Potrzeby kontynuacji leczenia (np. transport z jednego szpitala do drugiego w celu wykonania badań lub kontynuacji leczenia lub gdy proces leczenia jest realizowany przez lekarza specjalistę lub lekarza POZ)	
Dysfunkcji narządu ruchu uniemożliwiającej korzystanie ze środków transportu w celu odbycia leczenia/lub po leczeniu stacjonarnym, do domu	
Inne wyżej niewymienione	

(właściwe zaznaczyć znakiem „X”, a w 3 wierszu niepotrzebne skreślić)

**Dotyczy transportu częściowego lub pełnego przez świadczeniobiorcę (ze wskazań innych niż konieczność natychmiastowego podjęcia leczenia lub kontynuacji leczenia):**

I stopień niesprawności (oznacza osobę zdolną do samodzielnego poruszania się bez stałej pomocy innej osoby i zdolną do korzystania ze środków transportu publicznego) - świadczeniobiorca ponosi 100% kosztu przewozu	
II stopień niesprawności (oznacza osobę zdolną do samodzielnego poruszania się bez stałej pomocy innej osoby, ale wymagającą przy korzystaniu ze środków transportu publicznego innej osoby lub wymagającą korzystania z pojazdów dostosowanych do potrzeb niepełnosprawnych) - świadczeniobiorca ponosi 60% kosztu przewozu	

(właściwe zaznaczyć znakiem „X”)

.....  
(czytelny podpis świadczeniobiorcy)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza zlecającego transport sanitarny)