

Zagłębiowskie Centrum Onkologii  
Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza  
Szpitalny Oddział Ratunkowy  
41-300 Dąbrowa Górnicza  
ul. Szpitalna 13  
Kod res: 000000013451 czV: 01 czVII: 067, czVIII: 4902  
nr umowy NFZ: 125/101002, REGON: 000310077  
Tel: 322623275 do 77

Dąbrowa Górnicza, dn.

## ZLECENIE NA TRANSPORT SANITARNY

Proszę o przewiezienie chorego(ej)

lat

adres

PESEL

telefon

Rozpoznanie

kod (ICD10)

z

41300 Dąbrowa Górnicza, Szpitalna 13

w dniu

o godzinie

w pozycji

do szpitala

### Cel przewozu:

|                                                                                                             |   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| 1. przewiezienie pacjenta do innego zakładu celem leczenia bez względu na dysfunkcję ruchu                  | X |
| 2. przewiezienie pacjenta z dysfunkcją ruchu po wypisie, do oddziału rehabilitacji lub zakładu opiekuńczego |   |
| 3. przewiezienie pacjenta z dysfunkcją ruchu po wypisie do domu                                             |   |
| 4. przewiezienie pacjenta za odpłatnością bez dysfunkcji ruchu, ale który wymaga pomocy innej osoby         |   |

### Pouczenie dla ubezpieczonego

Zgodnie z par. 6 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych w przypadkach, o których mowa w pkt 2 i 3 przejazd środkami transportu sanitarnego jest finansowany w 60% przez pacjenta, gdy pacjent cierpi na jedną z następujących chorób:

1. krwi i narządów krwiotwórczych
2. nowotworowych
3. oczu
4. przemiany materii
5. psychicznych i zaburzeń zachowania
6. skóry i tkanki podskórnej
7. układu krążenia
8. układu moczowo-płciowego
9. układu nerwowego
10. układu oddechowego
11. układu ruchu
12. układu trawienego
13. układu wydzielania wewnętrznego
14. zakaźnych i pasożytniczych
15. urazów i zatruc
16. wad rozwojowych wrodzonych, zniekształceń i aberracji chromosomalnych

a pacjent jest jednocześnie zdolny do samodzielnego poruszania się bez stałej pomocy innej osoby lub środka transportu publicznego dostosowanego do potrzeb osób niepełnosprawnych.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z powyższym pouczeniem i bez zastrzeżeń wyrażam zgodę na poniesienie kosztów przewozu na zasadach wyżej ustalonych.

(podpis ubezpieczonego)

(podpis i pieczęć lekarza)