

ZLECENIE NA ODPLATNY TRANSPORT LOTNICZY

Należność za transport płatna wg cennika (§ 8 Regulaminu Porządkowego SP ZOZ Lotnicze Pogotowie Ratunkowe)

1. Wskazany termin transportu

Data <small>(dd-mm-rrrr)</small>	Godzina <small>(gg:mm)</small>
-------------------------------------	-----------------------------------

2. Zlecenie ważne

od dnia <small>(dd-mm-rrrr)</small>	<input type="checkbox"/> do odwołania	do dnia <small>(dd-mm-rrrr)</small>
--	---------------------------------------	--

3. Zleceniodawca

Nazwa (do faktury VAT) z numerem umowy z NFZ (o ile posiada)	Adres:	NIP:
		Podpis i pieczęć kierownika zakładu lub osoby upoważnionej
Telefony kontaktowe	Fax	

4. Miejsce pobytu pacjenta

Nazwa (szpital, oddział)	Ulica	Miasto
Telefony kontaktowe	Fax	

5. Miejsce docelowe transportu

Nazwa (szpital, oddział)	Ulica	Miasto
Przyjęcie uzgodnione z:	Telefony kontaktowe	

6. Dane dotyczące pacjenta

Imię i nazwisko:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna	PESEL (jeśli brak - data urodzenia)
Adres zamieszkania:	wiek:	Ubezpieczenie <input type="checkbox"/> NFZ <input type="checkbox"/> brak inne
	waga:	
Rozpoznanie (wpisać w języku polskim)		
Opis stanu pacjenta		

7. Oświadczenie lekarza opiekującego się pacjentem

*) właściwe zakreślić

A. Docelowy zakład opieki zdrowotnej jest najbliższym zakładem opieki zdrowotnej, który może udzielić świadczeń zdrowotnych we właściwym zakresie pacjentowi w związku z:

- 1) koniecznością podjęcia natychmiastowego leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej*)
- 2) potrzebą zachowania ciągłości leczenia*)

Cel transportu

B. Transport jest transportem powrotnym z zakładu opieki zdrowotnej, o którym mowa w p. 1 lub 2,*)

C. Transport jest wykonywany w celu innym niż wymienione wyżej *)

Oświadczenie służy ustaleniu uprawnień pacjenta do bezpłatnego/częściowo płatnego transportu lotniczego wynikających z art. 41 ustawy z dn. 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. Nr 210 poz. 2135)

8. Lekarz opiekujący się pacjentem

Imię i nazwisko	Telefony kontaktowe	Podpis i imienna pieczęć
-----------------	---------------------	--------------------------

Wpisów należy dokonywać DRUKOWANYMI literami.

Termin realizacji zlecenia zostanie podany telefonicznie przez dyspozytora.

Decyzja o przyjęciu do realizacji transportu jest podejmowana po kwalifikacji medycznej. Kwalifikacja medyczna jest dokonywana po rozmowie telefonicznej lekarza SP ZOZ Lotnicze Pogotowie Ratunkowe z lekarzem opiekującym się pacjentem. Prosimy o podawanie bezpośrednich numerów kontaktowych.

SP ZOZ Lotnicze Pogotowie Ratunkowe wykonuje transporty pacjentów wymagających intensywnego nadzoru w systemie "od łóżka do łóżka". Każdorazowo w takiej sytuacji, zlecający zostanie poinformowany przez dyspozytora o sposobie odebrania pacjenta.

Oryginał zlecenia oraz zlecenie na transport kołowy z lotniska do miejsca docelowego (jeśli wymagane) należy dostarczyć wraz z dokumentacją pacjenta zespołowi realizującemu zlecenie.

Przewóz osób towarzyszących oraz sprzętu rehabilitacyjnego jest niemożliwy bez wcześniejszego uzgodnienia.

W przypadku odwołania transportu prosimy o natychmiastowe powiadomienie dyspozytora.