Załącznik Nr 19 do zarządzenia Nr 105/2008/DSOZ
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 listopada 2008 r.

.....

.....

Dane osoby wnioskującej
(imię i nazwisko, adres, nr telefonu)

.....

.....

(Dane świadczeniodawcy POZ z nr umowy z NFZ)

WNIOSEK O ZLECENIE TRANSPORTU SANITARNEGO W POZ

(na odległość tam i z powrotem, powyżej 120 km)

Zwracam się o zlecenie transportu sanitarnego dla ……

……., numer PESEL |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, zamieszkałego w:

……

znajdującego się na liście świadczeniobiorców zadeklarowanych do lekarza poz:

…….....

(imię i nazwisko lekarza)

celem przewiezienia ……..

do …….

i z powrotem*, w związku z zakończeniem/ koniecznością kontynuacji* leczenia.

Uzasadnienie wniosku

……

……

……

....

miejscowość, data czytelny podpis osoby wnioskującej

Załączniki:

- zaświadczenia od świadczeniodawcy udzielającego świadczeń szpitalnych *
- zaświadczenia od świadczeniodawcy udzielającego świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej*

Potwierdzam zasadność realizacji świadczenie transportu sanitarnego we wskazanym powyżej zakresie oraz wskazuję, jako realizatora przewozu ……..

……..

……..

(Dane świadczeniodawcy realizującego transport sanitarny z nr telefonu)

....

Miejscowość, data podpis i pieczątka lekarza POZ

*niepotrzebne skreślić

Data potwierdzenia wniosku w OW NFZ ……..…… ……..

(podpis i pieczątka przyjmującego wniosek)