

LOTNICZE POGOTOWIE RATUNKOWE
Centrum Operacyjne (24 godz.): tel.: (22) 22 99 999, e-mail: dyspozytor@lpr.com.pl, www.lpr.com.pl
ZLECENIE NA ODPLATNY LOTNICZY TRANSPORT SANITARNY
Należność za transport płatna wg cennika LPR

* wypełnienie pól oznaczonych kolorem czerwonym jest wymagane

1. Wskazany termin transportu

Data: Godzina:

2. Zlecenie ważne

Od dnia: Do dnia: Do odwołania

3. Zleceniodawca

Dane płatnika do faktury VAT:

Telefony kontaktowe: #1 #2

Adres:

E-mail:

NIP (tylko cyfry, bez separatorów np. 5222548391):

Numer umowy z NFZ lub numer resortowy:

4. Miejsce pobytu pacjenta

Nazwa podmiotu leczniczego (szpital, oddział):

Ulica:

Miasto:

5. Miejsce docelowe transportu

Nazwa podmiotu leczniczego (szpital, oddział):

Przyjęcie uzgodnione z (imię i nazwisko lekarza):

Ulica:

Telefony kontaktowe: #1 #2

Miasto:

6. Dane dotyczące pacjenta

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Rozpoznanie (wpisać w języku polskim):

Opis stanu pacjenta:

kobieta mężczyzna

Wiek:

Waga (w kilogramach):

PESEL lub data urodzenia: lub

Ubezpieczenie: ZUS KRUS brak inne

Ubezpieczenie (wpisać jeśli wyżej wybrano inne):

7. Oświadczenie lekarza opiekującego się pacjentem

A. Docelowe miejsce transportu jest najbliższym podmiotem leczniczym, który może udzielić pacjentowi świadczeń zdrowotnych we właściwym zakresie w związku z:

- 1) potrzebą zachowania ciągłości leczenia
- 2) koniecznością podjęcia natychmiastowego leczenia w podmiocie leczniczym

Uwaga:
Zalecane kryteria:
Bezwzględny i szybki transport pacjenta powinien mieć zasadnicze znaczenie dla stanu pacjenta. Całkowity czas transportu pacjenta do miejsca docelowego powinien być krótszy od transportu innymi środkami lokomocji i przynieść korzyść w dalszym procesie leczenia. W razie pytań i wątpliwości prosimy o kontakt z **Centrum Operacyjnym LPR!!!**

Cel transportu (kryteria medyczne):

B. Transport jest transportem powrotnym w rozumieniu art. 41 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

C. Transport jest wykonywany w celu innym niż wymienione wyżej

Oświadczenie służy ustaleniu uprawnień pacjenta do bezpłatnego/płatnego transportu lotniczego wynikających z art. 41 Ustawy z dn. 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135).

8. Informacje dotyczące zlecenia

Termin realizacji zlecenia zostanie podany telefonicznie przez dyspozytora LPR

Wpłynięcie zlecenia nie jest równoznaczne z przyjęciem transportu do realizacji przez LPR. Decyzja o przyjęciu zlecenia transportu do realizacji jest podejmowana po przeprowadzeniu kwalifikacji medycznej. Kwalifikacja medyczna jest dokonywana po rozmowie telefonicznej dyspozytora medycznego LPR z lekarzem opiekującym się pacjentem. Prosimy o podawanie bezpośrednich numerów kontaktowych.

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

Oryginał zlecenia na odpłatny transport lotniczy wraz ze zleceniem na dalszy transport kołowy (jeśli wymagane) należy przekazać wraz z dokumentacją pacjenta zespołowi LPR realizującemu zlecenie.

Przewóz osób towarzyszących oraz sprzętu rehabilitacyjnego nie jest możliwy bez wcześniejszego uzgodnienia.

W przypadku odwołania transportu prosimy o natychmiastowe powiadomienie dyspozytora LPR.

9. Lekarz opiekujący się pacjentem ***

Imię i nazwisko: PWZ: Telefony kontaktowe: #1 #2

*** Brak podpisu i pieczęci w rubryce "Podpis i pieczęć kierownika zakładu lub osoby upoważnionej do zlecenia odpłatnego transportu lotniczego" oznacza, że osobą upoważnioną do zlecenia odpłatnego lotniczego transportu sanitarnego jest lekarz opiekujący się pacjentem, o którym mowa w pkt 9.