

Mielec, dnia

ZLECENIE NA TRANSPORT SANITARNY

pieczęć jednostki kierującej, adres,
telefon kod, nazwa komórki organizacyjnej
numer identyfikacyjny świadczeniodawcy

Dane pacjenta:

Proszę o przewiezienie chorej: , lat , waga kg

Adres:

PESEL:

Rozpoznanie:

Kod(ICD10)

Zlecający transport pacjenta

Nazwa jednostki. adres:	Szpital Specjalistyczny im. Edmunda Biernackiego w Mielcu, ul. Żeromskiego 22, 39-300 Mielec
Oddział:	

Miejsce docelowe transportu pacjenta

Nazwa jednostki. adres:	
Oddział:	
Uzgodniono z lekarzem / Tel:	

Rodzaj transportu

1.	Transport sanitarny - specjalistyczny z lekarzem	
2.	Transport sanitarny - podstawowy w składzie ratownik medyczny, ratownik medyczny — kierowca	
3.	Transport sanitarny w obszarze administracyjnym miasta - ratownik medyczny — kierowca	
4.	Transport sanitarny poza obszarem administracyjnym miasta - ratownik medyczny — kierowca	
5.	Transport sanitarny pacjentów między budynkami Szpitala Specjalistycznego w Mielcu	
6.	Transport krwi, preparatów krwiopochodnych i materiałów biologicznych	

Właściwe zaznaczyć znakiem "X", w przypadku transportu łązonego zaznaczyć odpowiednie pola

Użycie sygnałów świetlnych i dźwiękowych	Tak:	Nie:
--	------	------

Podpis i pieczęć LEKARZA zlecającego transport

Data, godzina, podpis
osoby zdającej pacjenta po stronie Zlecającego

Data, godzina, podpis osoby przejmującej
pacjenta po stronie Wykonawcy

Dane dotyczące czasów transportu

1.	Wyjazd z miejsca wyczekiwania	data/godz.
2.	Przyjazd do szpitala zlecającego transport	godz.
3.	Wyjazd z pacjentem ze szpitala zlecającego transport	godz.
4.	Przyjazd do miejsca docelowego	godz.
5.	Przekazanie pacjenta w miejscu docelowym	godz.
6.	Wyjazd z miejsca docelowego	godz.
7.	Ilość kilometrów	

