

Załącznik nr 3 do Umowy Nr.....

Wykaz Transportów wykonanych na zlecenie Szpitala Specjalistycznego im. Edmunda Biernackiego w Mielcu za m-c rok.....

ODDZIAŁ:

| LP | Nazwisko i imię pacjenta | Data i godz. rozpoczęcia transportu | Data i godz. Zakończenia transportu | Miejsce docelowe (proszę o wpis dotyczący miejsca rozpoczęcia trasy jeśli inny niż Szpital Mielec) | Lekarz Zlecający | Grupa 1A - Transport sanitarny realizowany przez zespoły ratownictwa medycznego (km) | Grupa 1B - Transport sanitarny podstawowy (km) | Grupa 2 – Transport sanitarny w obszarze administracyjnym miasta Mielca (szt) | Transport Sanitarny poza Mielcem | | Grupa 4 – Transport sanitarny pacjentów pomiędzy budynkami Szpitala w Mielcu (szt) | Grupa 5 – transport krwi, preparatów krwiopochodnych i materiałów biologicznych (km) | Czas oczekiwania – ilość godzin (dotyczy grupy 3 i 4) |
|----|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--|------------------|--|--|---|---|--|--|--|---|
| | | | | | | | | | Grupa 3A - Transport sanitarny pacjentów niezdolnych do korzystania z publicznych środków transportu (km) | Grupa 3B - Transport sanitarny pacjentów wymagających konsultacji lekarza specjalisty, wykonania badania diagnostycznego lub kontynuacji leczenia (km) | | | |
| 1 | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | SUMA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |