

Pieczeć komórki zlecającej transport

Wrocław,(data)

ZLECENIE NA TRANSPORT SANITARNY

Imię i Nazwisko Pacjenta:.....

Termin realizacji: DATA GODZINA

					-						
--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--

		:		
--	--	---	--	--

KREW	**) Krew i składniki krwi Grupa krwi Czynniki Rh..... Ilość..... Temp. <small>Słownie</small> Wypełnić jedynie przy transporcie krwi i składników krwi																																										
DOKUMENTACJA	**) Skąd: (nazwa jednostki) Adres (ulica , miejscowość , kod pocztowy) Dokąd: (nazwa jednostki) Adres (ulica , miejscowość , kod pocztowy)																																										
PACJENT	**) PESEL <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> Telefon*): <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> Do Nazwa jednostki/transport w celu diagnostyczno – leczniczym/ Ulica..... Miejscowość Gmina *)Kod pocztowy*):-..... Rozpoznanie..... (w języku polskim) Transport w pozycji Wiek Waga																																										
CEL PRZEWOZU **)																																											
<table border="1"> <tr> <td style="width: 25%;">KONSULTACJA</td> <td style="width: 25%;">DIAGNOSTYKA</td> <td style="width: 25%;">DO DOMU</td> <td style="width: 25%;">PRZEKAZANIE</td> </tr> </table>		KONSULTACJA	DIAGNOSTYKA	DO DOMU	PRZEKAZANIE																																						
KONSULTACJA	DIAGNOSTYKA	DO DOMU	PRZEKAZANIE																																								
WARUNKI TRANSPORTU **):																																											
<table style="width: 100%;"> <tr> <td>Z <input type="checkbox"/></td> <td>S <input type="checkbox"/></td> <td>P <input type="checkbox"/></td> <td>T <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Z – dokumentacja / krew i składniki krwi</td> <td>S-specjalistyczny</td> <td>P-paramedyczny / podstawowy</td> <td>T- zespół sanitarny</td> </tr> </table>		Z <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/>	P <input type="checkbox"/>	T <input type="checkbox"/>	Z – dokumentacja / krew i składniki krwi	S-specjalistyczny	P-paramedyczny / podstawowy	T- zespół sanitarny																																		
Z <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/>	P <input type="checkbox"/>	T <input type="checkbox"/>																																								
Z – dokumentacja / krew i składniki krwi	S-specjalistyczny	P-paramedyczny / podstawowy	T- zespół sanitarny																																								

OPCJE PRZEWOZU

	KONSULTACJA/ DIAGNOSTYKA **)			DO DOMU ***) / PRZEKAZANIE **)		
	WSS Koszarowa	Wykonawca	WSS Koszarowa	WSS Koszarowa	Wykonawca (dla P lub T)	Jednostka Przyjmująca
miejsce						
godzina:						
podpis						
	Lekarz zlecający po stronie Zamawiającego	Lekarz/ Ratownik Medyczny/ Kierowca **)	Lekarz przyjmujący pacjenta po stronie Zamawiającego	Lekarz zlecający po stronie Zamawiającego	Lekarz/ Ratownik Medyczny/ Kierowca **)	Lekarz przyjmujący pacjenta po stronie Jednostki Przyjmującej

*) wymagane przy zleceniu transportu pacjenta do miejsca zamieszkania lub poza granicę Wrocławia
 **) właściwe zaznaczyć