

Pieczęć 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 Wypełnić jedynie przy transporcie krwi i składników krwi</small>																																
**)	DOKUMENTACJA	Skąd: <small>(nazwa jednostki)</small>																																
		Adres <small>(ulica , miejscowość, kod pocztowy)</small>																																
		Dokąd: <small>(nazwa jednostki)</small>																																
		Adres <small>(ulica , miejscowość, kod pocztowy)</small>																																
**)	PACJENT	PESEL <table border="1"><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></tr></table> Telefon*): <table border="1"><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></tr></table>																																
		Do																																
		Nazwa jednostki/transport w celu diagnostyczno – leczniczym/																																
		Ulica.....																																
		Miejscowość																																
		Gmina *)Kod pocztowy*):-.....																																
		Rozpoznanie..... <small>(w języku polskim)</small>																																
		Transport w pozycji																																
Wiek Waga																																		
	CEL PRZEWOZU **)																																	
	<table border="1"> <tr> <td>KONSULTACJA</td> <td>DIAGNOSTYKA</td> <td>DO DOMU</td> <td>PRZEKAZANIE</td> </tr> </table>	KONSULTACJA	DIAGNOSTYKA	DO DOMU	PRZEKAZANIE																													
KONSULTACJA	DIAGNOSTYKA	DO DOMU	PRZEKAZANIE																															
	WARUNKI TRANSPORTU **):																																	
	Z <table border="1"><tr><td></td></tr></table> S <table border="1"><tr><td></td></tr></table> P <table border="1"><tr><td></td></tr></table> T <table border="1"><tr><td></td></tr></table>																																	
	Z – dokumentacja / krew i składniki krwi S-specjalistyczny P-paramedyczny / podstawowy T- zespół sanitarny																																	

OPCJE PRZEWOZU						
	KONSULTACJA/ DIAGNOSTYKA **)			DO DOMU ***) / PRZEKAZANIE **)		
miejsce	WSS Koszarowa	Wykonawca	WSS Koszarowa	WSS Koszarowa	Wykonawca (dla P lub T)	Jednostka Przyjmująca
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
 **) właściwie zaznaczyć

Podpis Z-ca
 Dyrektora ds. Lecznictwa *)