

Jelenia Góra dnia: ODDZIAŁ ZLECAJĄCY: ZLECENIE TRANSPORTU PACJENTA W DNIU GODZ. 

## KATEGORIA ŚRODKA TRANSPORTU

SANITARNY ☐SPECJALISTYCZNY (PR) ☐Z SANITARIUSZEM ☐Z LEKARZEM ☐KIEROWCA Z RATOWNIKIEM ☐Z RATOWNIKIEM ☐

## TRANSPORT PACJENTA W POZYCJI:

LEŻĄCEJ ☐SIDZĄCEJ ☐

## DANE PACJENTA

IMIĘ I NAZWISKO PESEL ADRES TELEFON KONTAKTOWY ROZPOZNANIE W JĘZYKU POLSKIM KOD ICD 10 

## DOCELOWE MIEJSCE TRANSPORTU

## TRANSPORT BEZPŁATNY

## OŚRODEK MEDYCZNY ( NAZWA, ADRES )

## TRANSPORT PŁATNY

## MIEJSCE ZAMIESZKANIA ( ADRES, TELEFON )

WYMAGA POMOCY PRZY KORZYSTANIU ZE  
ŚRODKÓW TRANSPORTU PUBLICZNEGO -  
ODPŁATNOŚĆ 60%

POZOSTAŁE - ODPŁATNOŚĆ 100 %

BEZPŁATNY ZA ZGODĄ DYREKTORA  
/ OSOBY UPOWAŻNIONEJ

DYSFUNKCJA RUCHU UNIEMOŻLIWIAJĄCA SAMODZIELNE PORUSZANIE SIĘ

UZASADNIENIE

ADRES

data, podpis i pieczęć lekarza zlecającego

AKCEPTACJA DYREKTORA/ OSOBY UPOWAŻNIONEJ

Oświadczam, że zapoznałem(em) się z powyższymi warunkami i bez zastrzeżeń wyrażam zgodę na poniesienie kosztów przewozu na wyżej ustalonych zasadach.

data i CZYTELNY podpis PACJENTA lub opiekuna\*

\* dotyczy transportu płatnego lub częściowo płatnego