

Pieczęć nagłówkowa

Nazwa i adres podmiotu zlecającego transport

Data zlecenia transportu (rrrr-mm-dd)

Godzina zlecenia transportu (gg:mm)

Data i godzina przekazania pacjenta. (Wypełnić pisemnie w trakcie przekazania)

KARTA ZLECENIA TRANSPORTU MEDYCZNEGO

1. Dane pacjenta

Nazwisko i imię:

Wiek pacjenta:
lat: m-cy:

Płeć:
 K M

PESEL

BRAK PESEL

inny dokument

2. Rozpoznanie

Opis

KOD ICD 10

3. Zlecający transport

Szpital (nazwa, adres):

Oddział:

Nazwisko lekarza zlecającego transport:

Tel. kontaktowy do lekarza zlecającego transport:

4. Miejsce transportu pacjenta:

Szpital (nazwa, adres):

Oddział:

Nazwisko lekarza, z którym uzgodniono transport:

Tel. kontaktowy do lekarza, z którym uzgodniono transport:

5. Szczegóły dotyczące zlecenia

Transport z lekarzem:
 TAK NIE

Dodatkowe wyposażenie:
 TAK NIE

Dodatkowe wyposażenie (jeśli wymagane):

6. Cel transportu (właściwe zaznaczyć znakiem "X"):

Konieczność niezwłocznego wykonania zabiegu u innego świadczeniodawcy

Potrzeba zachowania ciągłości leczenia u innego świadczeniodawcy

Inne niż wymienione wyżej (jakie - opis)

Pieczętąka i podpis lekarza zlecającego: