

.....
Pieczęć komórki kierującej

Ostrów Mazowiecka, dnia

**ZLECENIE NA TRANSPORT SANITARNY
W RAMACH LECZENIA W SPZZOZ W OSTROWI MAZ.**

Zlecam przewiezienie

Pacjenta/ki lat

PESEL

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

 imię i nazwisko

Płeć K ☐ M ☐

Rozpoznanie kod (ICD10)
w języku polskim

stopień niesprawności pacjenta (zakreślić właściwe): znaczny, umiarkowany, lekki, brak oznak

Z
nazwa komórki kierującej

w dniu o godzinie w pozycji leżącej / siedzącej (zakreślić właściwe)

do

wpisać miejsce docelowe transportu- dokładny adres

Cel przewozu:

1. konieczność podjęcia natychmiastowego leczenia w innym podmiocie leczniczym	
2. potrzeba kontynuacji leczenia w innym podmiocie leczniczym	
3. dysfunkcja narządu ruchu uniemożliwiająca korzystanie ze środków transportu publicznego w celu przejazdu do miejsca zamieszkania po zakończonym leczeniu	
4. inne wyżej nie wymienione	

* obok właściwego wstawić znak "X"

Skład ZTS:	Przy właściwym wstawić znak X	Wpisać dane członków ZRM (imię i nazwisko)	
lekarz + ratownik medyczny			
ratownik medyczny			

Potwierdzenie odbycia zleconego transportu:

.....
podpis i pieczęć lekarza kierującego

W dniu o godz. pacjent został przekazany przez personel komórki kierującej celem wykonania transportu sanitarnego.

Przekazano pacjenta/kę do:	Data i godzina przekazania	Potwierdzenie przyjęcia pacjenta w miejscu docelowym transportu (czytelny podpis osoby przyjmującej, pieczęć)
Innego podmiotu leczniczego		
Pieczęć komórki przyjmującej pacjenta		
Miejsce zamieszkania, wskazanego w zleceniu.		

Transport wykonany ambulansem, o nr rejestracyjnym

.....
podpis i pieczęć osoby przekazującej pacjenta

Nr zlecenia zgodnie z księgą zespołu transportu sanitarnego