

Zlecenie na transport medyczny, które dotyczy przewozów:

- w obecności lekarza;
- na konsultacje(przywóz pacjenta z miejsca zamieszkania);
- na odwóz pacjenta do domu/innej lokalizacji
- na ratunek

**ZLECENIE NA PRZEWIEZIENIE PACJENTA/MATERIAŁÓW DO
BADAŃ/APARATURY MEDYCZNEJ**

Proszę o przewiezienie transportem medycznym pacjenta(ki)/materiałów do badań /aparatury medycznej*.....

.....
imię i nazwisko PESEL pacjenta, rodzaj materiałów do badań, rodzaj aparatury medycznej

w dniu.....godz.....Z.....

.....
nazwa komórki organizacyjnej Szpitala, adres miejsca zamieszkania pacjenta/inna lokalizacja

do.....
nazwa komórki organizacyjnej Szpitala, nazwa innego podmiotu leczniczego/podmiotu wykonującego badania materiałów do badań, adres miejsca zamieszkania pacjenta/inna lokalizacja

Rozpoznanie (dot. przewozu pacjenta z lekarzem)

Zalecenia dot. sposobu transportu medycznego.....

Transport płatny: ☐0% ☐60% ☐100% - właściwie zakreślić

.....
pieczęć komórki organizacyjnej
ośrodek kosztów.....

.....
imienna pieczęć Zlecającego wraz z podpisem

Dotyczy przejęcia Pacjenta przez transportujących		Dotyczy przekazania Pacjenta przez transportujących	
Godzina przejęcia	Czytelny podpis i/ lub pieczęć imienna osoby przekazującej pacjenta	Godzina przekazania	Czytelny podpis i/ lub pieczęć imienna osoby przejmującej pacjenta