***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% - *właściwe zakreślić*

……………………………. ………………………………

pieczątka komórki organizacyjnej *imienna pieczątka Zlecającego wraz z podpisem*

ośrodek kosztów………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Dotyczy przejęcia Pacjenta przez transportujących* | | *Dotyczy przekazania Pacjenta przez transportujących* | |
| *Godzina przejęcia* | *Czytelny podpis i/lub pieczątka imienna osoby przekazującej pacjenta* | *Godzina przekazania* | *Czytelny podpis i/lub pieczątka imienna osoby przejmującej pacjenta* |
|  |  |  |  |
|