



Zlecenie na transport sanitarny

1. Zlecenie wystawiono data..... godz.....
/wpisuje lekarz zlecający/
2. Transport zgłoszono data..... godz.....
/wpisuje pracownik Szpitala/

2. Imię i nazwisko pacjenta.....

3. PESEL

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

4. Transport z
Nazwa jednostki/adres

do
Nazwa jednostki/adres

w dniu.....o godzinie.....

5. Rozpoznanie:

6. Zalecenia dotyczące transportu

* zaznaczyć właściwe pole

Rodzaj pojazdu

ambulans sanitarny *samochód Szpitala* *inny*

Pacjent

leżący siedzący chodzący

Wyposażenie konieczne do transportu

Monitor EKG *Pompa infuzyjna*

Defibrylator *Inkubator*

Tlen *Torba z lekami*

Respirator

Skład osobowy wg wskazań

Kierowca

Ratownik medyczny

Pielęgniarka

Lekarz

Wyjazd data..... godz.....
/wpisuje kierownik zespołu/

Powrót data..... godz.....
/wpisuje kierownik zespołu/

.....
podpis i pieczętka
lekarza zlecającego transport

.....
czytelny podpis kierownika zespołu

.....
pieczętka Szpitala przyjmującego pacjenta

UWAGI (dotyczy przebiegu transportu z wyszczególnieniem ewentualnych braków w wyposażeniu i stanu technicznego ambulansu):

.....
czytelny podpis pracownika Wykonawcy

.....
czytelny podpis pracownika Szpitala
(lekarz, ratownik medyczny lub pielęgniarka)