Wojewódzki Szpital im. Zofii z Zamoyskich Tarnowskiej w Tarnobrzegu, ul. Szpitalna 1, 39-400 Tarnobrzeg

Tarnobrzeg, dnia …… 20…..r.

ZLECENIE NA TRANSPORT MIĘDZYSZPITALNY

a. Dane pacjenta

Imię i nazwisko:	Wiek Pacjenta:	Płeć: K M

PESEL PACJENTA	
INNY DOKUMENT	

b. Rozpoznanie

Opis:	**Kod ICD10:**

c. Zlecający transport pacjenta

Nazwa jednostki. adres:	***Wojewódzki Szpital im. Zofii z Zamoyskich Tarnowskiej w Tarnobrzegu, ul. Szpitalna 1, 39-400 Tarnobrzeg***
Oddział:	
Lekarz zlecający / telefon:	

d. Miejsce docelowe transportu pacjenta

Nazwa jednostki. adres:	
Oddział:	
Uzgodniono z lekarzem / numer kontaktowy:	

e. Rodzaj transportu

1.	**Transport medyczny - specjalistyczny z lekarzem**	
2.	**Transport medyczny - podstawowy w składzie ratownik medyczny, pielęgniarka / ratownik medyczny - kierowca**	

Właściwe zaznaczyć znakiem „X", w przypadku transportu łączonego zaznaczyć odpowiednie pola

Dodatkowe wyposażenie ☐ TAK ☐ NIE	**Dodatkowe wyposażenie:**

f. Cel transportu

Konieczność niezwłocznego wykonania zabiegu u innego świadczeniodawcy:	
Potrzeba zachowania ciągłości leczenia u innego świadczeniodawcy:	
Inne niż wymienione wyżej (jakie - opis)	

Właściwe zaznaczyć znakiem „X", w przypadku transportu łączonego zaznaczyć odpowiednie pola

Podpis i pieczęć LEKARZA zlecającego transport	Data, godzina, podpis osoby zdającej pacjenta po stronie Zlecającego

Opracowanie: Agnieszka Trela, Artur Boryczka