|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Pieczęć szpitala zlecającego |  |  |  |  | ……….., dnia …………… 20.…..r. |

***ZLECENIE NA TRANSPORT MIĘDZYSZPITALNY***

* 1. **Dane pacjenta**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko:** |  | Wiek Pacjenta: |  | Płeć: K M  |

|  |  |
| --- | --- |
| **PESEL PACJENTA** |  |
| **INNY DOKUMENT** |  |

* 1. **Rozpoznanie**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Opis**: |  | **Kod ICD10:** |

* 1. **Zlecający transport pacjenta**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa jednostki. adres:** |  |
| **Oddział:** |  |
| **Lekarz zlecający / telefon:** |  |

* 1. **Miejsce docelowe transportu pacjenta**

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

* 1. **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:** |

* 1. **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, podpisosoby zdającej pacjenta po stronie Zlecającego |

Opracowanie: Agnieszka Trela, Artur Boryczka