

D 122

STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO	
w w dniu	
KARTA TRANSPORTU SANITARNEGO NR	
1. Wyjazd do (adres)	WYPEŁNIA PRZYJMUJĄCY ZLECENIE
2. Uwagi dyspozytora	
3. Powód wezwania	
4. Nazwisko i imię chorego	
5. Wiek Płeć M / K	
6. Lekarz zlecający	
7. Godzina wezwania Podpis przyjmującego zlecenie	
8. Godz. Wyjazdu przybycia do chorego powrotu	WYPEŁNIA KIEROWNIK ZESPOŁU
9. Adres stałego zamieszkania chorego	
10. PESEL Ubezpieczony : tak / nie	
11. Nazwisko i imię ewentualnego opiekuna	
12. Transport pacjenta podać skąd dokąd	
13. Liczba kilometrów przejechanych w związku z usługą	
14. Nr rejestracyjny karetki	
15. Transport wykonał : a) lekarz b) pielęgniarka c) ratownik medyczny d) kierowca	
..... Podpis kierownika zespołu transportowego	

16. Podjęte działania podczas transportu sanitarnego

WYPEŁNIA KIEROWNIK ZESPOŁU

17. Potwierdzenie przyjęcia pacjenta (ew. powód nieprzyjęcia)

WYPEŁNIA LEKARZ

.....
podpis i pieczęć lekarza Izby Przyjęć / oddziału

18. Potwierdzenie przekazania pacjenta wraz z dokumentacją