

Nazwa Oddziału:

Adres:

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:

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 dotyczące sposobu transportu sanitarnego:

Transport płatny: 0% 60% 100% - właściwe zakreślić

Pieczętka komórki organizacyjnej, ośrodek kosztów

Imienna pieczętka Zlecającego wraz z podpisem

Dotyczy przejęcia Pacjenta przez transportujących		Dotyczy przekazania Pacjenta przez transportujących	
Godzina przejęcia	Czytelny podpis i/lub pieczętka imienna osoby przekazującej Pacjenta	Godzina przekazania	Czytelny podpis i/lub pieczętka imienna osoby przejmującej Pacjenta

* niepotrzebne skreślić