

ZLECENIE WYJAZDU ZESPOŁU TRANSPORTU MEDYCZNEGO

I. Zlecenie transportu

1. Dane pacjenta

Nazwisko i imię:	Wiek pacjenta: lat: m-cy:	Płeć: <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M																				
PESEL	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td></tr> </table>																					BRAK PESEL <input type="checkbox"/>
inny dokument																						

2. Rozpoznanie

Opis	KOD ICD 10
------	------------

3. Zlecający transport

Szpital (nazwa, adres):
Oddział:
Nazwisko lekarza zlecającego transport:
Tel. kontaktowy do lekarza zlecającego transport:

4. Miejsce transportu pacjenta:

Szpital (nazwa, adres):
Oddział:
Nazwisko lekarza, z którym uzgodniono transport:
Tel. kontaktowy do lekarza, z którym uzgodniono transport:

5. Szczegóły dotyczące zlecenia

Transport z lekarzem: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Dodatkowe wyposażenie: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
--	---

Dodatkowe wyposażenie (jeśli wymagane):

6. Cel transportu (właściwie zaznaczyć znakiem "X"):

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