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

ZLECENIE NA TRANSPORT MIĘDZYSZPITALNY

DLA STACJI POGOTOWIA RATUNKOWEGO W CZĘSTOCHOWIE

 **1.Dane pacjenta\*\***

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

|  |  |
| --- | --- |
| PESEL PACJENTA |  |
| INNY DOKUMENT ( w przypadku braku PESEL) |  |
| ADRES PACJENTA  |  |

 **2. 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. Wyposażenie dodatkowe\*\*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Dodatkowe wyposażenie□ TAK □ NIE |  | Dodatkowe wyposażenie – jakie: |

1. **Cel transportu\*\*\***

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Podpis i pieczęć LEKARZA zlecającego transport |  | Data, godzina, podpisosoby odbierającej pacjenta (dot. ZTM) |

\*\*Właściwe pola zaznaczyć znakiem „X”