



Nazwa i adres podmiotu realizującego transport SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W DZIAŁDOWIE UL. LEŚNA 1 13-200 DZIAŁDOWO	nr zlecenia transportu	Data przyjęcia zlecenia	Godzina przyjęcia zlecenia
--	------------------------	-------------------------	----------------------------

KARTA PRACY 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	<input type="text"/>	BRAK PESEL	<input type="checkbox"/>
-------	----------------------	------------	--------------------------

inny dokument	<input type="text"/>
---------------	----------------------

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 (właściwe zaznaczyć znakiem "X"):

Konieczność niezwłocznego wykonania zabiegu u innego świadczeniodawcy	<input type="checkbox"/>
Potrzeba zachowania ciągłości leczenia u innego świadczeniodawcy	<input type="checkbox"/>
Inne niż wymienione wyżej (jakie - opis)	<input type="checkbox"/>

.....
pieczętka jednostki kierującej

.....
pieczętka i podpis lekarza kierującego