

Pieczętka
Zakładu leczniczego (szpitala)

....., dnia 20 r.

ZLECENIE NA TRANSPORT CHOREGO / KRWI*

Proszę o transport krwi / chorego(ej)*:

.....
Nazwisko i imię

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL

W dniu O godz. z
Nazwa oddziału, poradni

W celu*: konsultacji szpital
Imię i nazwisko lekarza z którym uzgodniono miejsce dla pacjenta

badania specjalistyczne przywóz lub odwiezienie pacjenta do miejsca zamieszkania odbiór krwi z RCKiK

W pozycji¹: siedzącej leżącej do
Miejsce zamieszkania – nazwa zakładu, szpitala, adres

Rodzaj transportu*:

T - karetka transportowa **P** – karetka podstawowa (z ratownikiem medycznym) **S** – karetka specjalistyczna (z lekarzem)

Rozpoznanie

Zalecenia

Lekarz zlecający transport

.....

.....

Godzina wezwania karetki

Godzina przyjazdu karetki

* właściwie zaznaczyć

¹ Proszę nie wypełniać w przypadku transportu krwi

Podpis osoby odbierającej chorego

PCZ/04/2015

F2/PM2

Pieczętka
Zakładu leczniczego (szpitala)

....., dnia 20 r.

ZLECENIE NA TRANSPORT CHOREGO / KRWI*

Proszę o transport krwi / chorego(ej)*:

.....
Nazwisko i imię

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL

W dniu O godz. z
Nazwa oddziału, poradni

W celu*: konsultacji szpital
Imię i nazwisko lekarza z którym uzgodniono miejsce dla pacjenta

badania specjalistyczne przywóz lub odwiezienie pacjenta do miejsca zamieszkania odbiór krwi z RCKiK

W pozycji¹: siedzącej leżącej do
Miejsce zamieszkania – nazwa zakładu, szpitala, adres

Rodzaj transportu*:

T - karetka transportowa **P** – karetka podstawowa (z ratownikiem medycznym) **S** – karetka specjalistyczna (z lekarzem)

Rozpoznanie

Zalecenia

Lekarz zlecający transport

.....

.....

Godzina wezwania karetki

Godzina przyjazdu karetki

* właściwie zaznaczyć

¹ Proszę nie wypełniać w przypadku transportu krwi

Podpis osoby odbierającej chorego

PCZ/04/2015