



Pieczęć jednostki kierującej

**ZLECENIE NA TRANSPORT SANITARNY „N”
ZLECONY PRZEZ LEKARZA
W RAMACH ZAWARTEJ UMOWY PRZEZ NFZ**

PACJENT (imię i nazwisko).....

Imię Matki/opiekuna prawnego.....

Adres zamieszkania

PESEL MATKI/OPIEKUNA PRAWNEGO.....

Data urodzenia.....

Numer telefonu.....

ROZPOZNANIE (kod ICD-10).....

DATA I GODZINA USTALONEGO TRANSPORTU

TRASA TRANSPORTU: z
adres

do

adres

NAZWISKO LEKARZA, Z KTÓRYM UZGODNIONO MIEJSCE PRZEKAZANIA

(TEL):.....

ZAKRES USŁUGI:

☐

konieczności niezwłocznego wykonania zabiegu w innym podmiocie leczniczym

☐

konieczności kontynuacji leczenia w innym podmiocie leczniczym

Zgłoszenie transportu
przez lekarza zlecającego: datagodzinapodpis i pieczęć lekarza zlecającego transport.....

głoszenie się zespołu
realizującego usługę w miejscu
przekazania pacjenta: datagodzinapodpis i pieczęć lekarza przekazującego pacjenta.....