

ZLECENIE NA TRANSPORT ZTM
OPC Sp. z o.o. Częstochowa Sp.K tel. 12 378 49 08

<i>pieczętka szpitala zlecającego transport</i>	data zlecenia
	godzina zlecenia

Oddział
Nazwisko lekarza zlecającego transport
Tel. kontaktowy do lekarza zlecającego transport

1. Dane pacjenta

Nazwisko i imię	Wiek pacjenta lat: m-cy:	Płeć ☐ K ☐ M
PESEL	☐ BRAK PESEL	
inny dokument		

2. Rozpoznanie

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

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: ☐ TAK ☐ NIE	Dodatkowe wyposażenie: ☐ TAK ☐ NIE
Dodatkowe wyposażenie lub zalecenia dotyczące transportu (jeśli wymagane):	

6. Cel transportu

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

Pieczętka i podpis lekarza zlecającego: