KARTA ZLECENIA TRANSPORTU ZESPOŁU WYJAZDOWEGO

Nr zlecenia ….....	data wezwania _ _ / _ _ 20 _ _
	czas przekazania pacjenta: ….....
	czas wyjazdu: ….....
	czas dotarcia: ….....
	czas zakończenia usługi: ….....
	czas powrotu: ….....

Lekarz zlecający transport: ….....

Transport z: ….....

Transport do: ….....

Zgłaszający …..... nr tel. zgłaszającego ….....

Imię i nazwisko pacjenta: …..... ur. / wiek ….....

płeć ☐K ☐M PESEL: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ nr ubezpieczenia: ….....

Miejsce zamieszkania (wojew., powiat, miasto, ulica):	Skład zespołu:
….....	….....
.....	.....
.....	.....

Liczba km całkowita …..... km z pacjentem ….....

Pacjent przekazany do szpitala*, poradni* / odmowa przyjęcia*

(pieczątka szpitala / poradni) (podpis personelu wyjazdowego)

Wywiad / ewentualne uwagi: personelu zespołu wyjazdowego

* właściwe podkreślić

Opis zdarzenia: ……

……

……