POGOTOWIE RATUNKOWE

Zlecenie wyjazdu nr .....

w ..... w dniu ..... 20.....r.

WYPEŁNIA DYSPOZYTOR

1. Wyjazd do (adres) .....
2. Uwagi dyspozytora .....
3. Powód wezwania .....
4. Nazwisko i imię chorego .....
5. Wiek ..... płeć **M K**
6. Wzywa Ob. .....
7. Godz. wezwania .....

Podpis i pieczątka zlecającego .....

WYPEŁNIA SANITARIUSZ

8. Godz. wyjazdu ..... Przybycie do chorego .....
   powrotu .....
9. Adres stałego zamieszkania chorego .....
   .....
10. Nazwisko i imię ewent. opiekuna .....
11. Nazwa i adres zakładu pracy chorego (opiekuna) .....
    Zawód chorego .....
12. Ubezpieczony **tak**, **nie**, nr książeczki ubezp. chorego .....
    (opiekuna), ulgowy, samopłacący (niepotrzebne skreślić) .....
13. W wypadku przewozu podać skąd .....
    dokąd .....
14. Liczba km przejechanych w związku z usługą .....
15. Nr karetki .....
16. Pomocy udzielił: a) lekarz (felczer) .....
    b) położna (pielęgniarka) .....
    c) sanitariusz .....
    d) kierowca .....

Podpis sanitariusza .....

admed® MEDICAL PARTNER

admed® MEDICAL PARTNER
Ogólnopolskie Centrum Zaopatrzenia Medycznego
infolinia 24/7:+48 792 863 761 tel./fax. 62 751 24 02 / (62) 30 70 666
www.admed.org.pl zamówienia: sklep@admed.org.pl klient@admed.org.pl

17. Wywiad

Stan obecny chorego (tętno, temperatura, ciśnienie itp.)

18. Rozpoznanie

19. Dokonane zabiegi - wydane leki

20. Zlecenia, ewent. odpis recepty

21. Wywiad profilaktyczny

22. Czy wezwanie było uzasadnione **tak**, **nie**, dlaczego?

Pieczątka Podpis kierownika zaspołu .....

WYPEŁNIA KIEROWNIK ZESPOŁU

23. Potwierdzenie przyjęcia (ew. powód nieprzyjęcia)

Podpis i pieczątka lekarza szpit. .....

24. Uwagi:

admed® MEDICAL PARTNER