



Pieczęć jednostki kierującej

ZLECENIE NA SPECJALISTYCZNY TRANSPORT**PACJENTA**

RODZAJ TRANSPORTU:

CITO*

☐

PLANOWANY**

☐

UZGODNIONY***

☐

PACJENT (imię i nazwisko)

PESEL

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

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

DATA I GODZINA USTALONEGO TRANSPORTU

TRASA TRANSPORTU: z
adresdo
adres

ZAKRES USŁUGI:

☐

KONSULTACJA LEKARZA SPECJALISTY W INNYM PODMIOCIE LECZNICZYM

☐

BADANIA DIAGNOSTYCZNE W INNYM PODMIOCIE LECZNICZYM

☐

KONTYNUACJA LECZENIA W INNYM PODMIOCIE LECZNICZYM

POZYCJA:

Siedząca

☐

Leżąca

☐Zgłoszenie transportu
przez lekarza zlecającego: datagodzinapodpis i pieczęć lekarza zlecającego transport.....Zgłoszenie się zespołu
realizującego usługę w miejscu
przekazania pacjenta: datagodzina.....podpis i pieczęć lekarza przekazującego pacjenta.....

Podpis i pieczęć lekarza przejmującego pacjenta celem realizacji usługi.....

* w przypadku zamówień „na cito” – realizacja usługi odbywać się będzie przez natychmiastowy wyjazd wolnego specjalistycznego zespołu transportu sanitarnego o najkrótszym czasie dotarcia do siedziby Zamawiającego, przy czym czas reakcji od momentu zgłoszenia do momentu przyjazdu pojazdu do placówki Zamawiającego nie może przekraczać minut (zgodnie z ofertą)

**realizacja usługi odbywać się będzie w czasie zgodnym ze zgłoszeniem określającym datę i godzinę, z zastrzeżeniem, że transport będzie zlecany do godziny 18.00 dnia poprzedniego

***realizacja usługi odbywać się będzie w przypadku zamówień zlecanych w danym dniu lub w dniu poprzedzającym po godz. 18.00 innych niż "na cito" – w czasie uzgodnionym przez Zamawiającego z Wykonawcą,

☐

- proszę zaznaczyć właściwy kwadrat.