



Powiatowy Zespół Szpitali
Nr księgi rej. 000000002093
Szpital w Oleśnicy - Powiatowy Zespół Szpitali w Oleśnicy
Szpital w Oleśnicy Kod V: 01
IZBA PRZYJĘĆ INTERNIS.(OLEŚNICA)
ARMII KRAJOWEJ 1, 56-400 Oleśnica
tel. 717767301
Kod VII: 006, Kod VIII: 4900
REGON: 932966540 NIP: 9111847075
umowa: 03/8/3101021/01/2024/01



Data wystawienia:

ZLECENIE PRZEWOZU MEDYCZNEGO

I. RODZAJ PRZEWOZU

- ☐ międzyszpitalny
☐ materiały diagnostyczne
☐ krew/preparaty krwi
☐ inny - jaki

II. RODZAJ SAMOCHODU

- ☐ KARETKA REANIMACYJNA
☐ z miejscami siedzącymi
☐ z miejscem do leżenia

III. SPOSÓB REALIZACJI PRZEWOZU

- ☐ przejazd w jedną stronę - tylko tam
☐ przejazd tam i z powrotem

IV. INFORMACJA O PACJENCIE

- ☐ CHODZĄCY/SPRAWNY
☐ SIEDZĄCY - NIECHODZĄCY
☐ z miejscem do leżenia

DOKĄD:

wpisać placówkę medyczną, do której kierowany jest pacjent

PACJENT

PESEL

HC

pierwsza litera imienia i nazwiska

M.P.

jednostka zlecająca

osoba odpowiedzialna / PODPIS I PIECZĘĆ

SZCZEGÓŁY DOTYCZĄCE PLANOWANEGO PRZEWOZU

data przewozu

GODZ. WYJAZDU

data zgłoszenia przewozu

godz. zgłoszenia

KARTA REALIZACJI ZLECENIA

NR REJESTRACYJNY SAMOCHODU

pracownik przewoźnika

TARYFA

liczba kilometrów

CENA

☐ prawidłowe rozliczenie przewozu

☐ nieprawidłowe rozliczenie przewozu

wykazanie nieprawidłowości

podpis pracownika S. Transportu