



SP ZOZ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 3 w Rybniku

Pieczeń 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

adres

do

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: datagodzinapodpis i pieczęć lekarza przekazującego pacjenta.....

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

*realizacja usługi odbywać się będzie przez natychmiastowy wyjazd wolnego specjalistycznego zespołu transportu sanitarnego o najkrótszym czasie dotarcia do siedziby Zamawiającego jednak dojazd nie może przekraczać ... minut (**do wpisania wg oferty po zawarciu umowy**) od momentu przyjęcia zgłoszenia transportu „na cito” przez Wykonawcę.

**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.