

pieczęć jednostki przyjmującej zlecenie

KARTA PRZYJĘCIA I REALIZACJI ZLECENIA NA TRANSPORT SANITARNY nr _____

1. DANE DOTYCZĄCE PRZYJĘCIA ZLECENIA

a) wyjazd w dniu _____ o godzinie _____

b) zlecający — oddział/poradnia/inny(jaki)*

c) docelowe miejsce przewozu:

- skąd _____
- dokąd _____

d) transport powrotny TAK/NIE*, dokąd: _____

e) warunki wykonania przewozu — pozycja pacjenta*; Siedząca / leżąca

f) potrzebna dodatkowa obecność personelu (kogo); _____

g) lekarz zlecający usługę (w załączeniu zlecenie) _____

h) osoba przyjmująca zgłoszenie _____

Wypełnia personel szpitala

Wypełnia WYKONAWCA

2. DANE DOTYCZĄCE REALIZACJI PRZEWOZU

a) data realizacji usługi _____ godzina ; wyjazdu _____ powrotu _____

b) dodatkowe informacje o realizacji transportu;*

[KOD 1-L] *	[KOD 1-R] *	[KOD 2-L] *	[KOD 2-R] *	[KOD 3] *	[KOD 4] *
- przewóz w jedną stronę z lekarzem pacjentów Zamawiającego kierowanych na leczenie do innych placówek leczniczych, w tym transport osób z dysfunkcją ruchu;	- przewóz w jedną stronę z ratownikiem pacjentów Zamawiającego kierowanych na leczenie do innych placówek leczniczych, w tym transport osób z dysfunkcją ruchu;	- przewóz w dwie strony z lekarzem pacjentów Zamawiającego kierowanych na konsultacje i/lub badanie-leczenie do innych placówek leczniczych, w tym transport osób z dysfunkcją ruchu;	- przewóz w dwie strony z ratownikiem pacjentów Zamawiającego kierowanych na konsultacje i/lub badanie-leczenie do innych placówek leczniczych, w tym transport osób z dysfunkcją ruchu;	- przewóz w jedną stronę bez asysty medycznej pacjentów Zamawiającego w tym transport osób z dysfunkcją ruchu ;	- przewóz w dwie strony bez asysty medycznej pacjentów Zamawiającego w tym transport osób z dysfunkcją ruchu ;

c) [KOD 5] liczba kilometrów przejechanych w związku z usługą _____

d) numer karetki wykonującej zlecenie _____

e) imię , nazwisko i podpis wykonującego zlecenie *;

- kierowca _____
- ratownik _____
- sanitariusz _____
- inny _____

*) właściwe zaznaczyć „X” lub podkreślić

pieczęć jednostki przyjmującej zlecenie

KARTA PRZYJĘCIA I REALIZACJI ZLECENIA NA TRANSPORT SANITARNY nr _____

1. DANE DOTYCZĄCE PRZYJĘCIA ZLECENIA

a) wyjazd w dniu _____ o godzinie _____

b) zlecający — oddział/poradnia/inny(jaki)*

c) docelowe miejsce przewozu:

- skąd _____
- dokąd _____

d) transport powrotny TAK/NIE*, dokąd: _____

e) warunki wykonania przewozu — pozycja pacjenta*; Siedząca / leżąca

f) potrzebna dodatkowa obecność personelu (kogo); _____

g) lekarz zlecający usługę (w załączeniu zlecenie) _____

h) osoba przyjmująca zgłoszenie _____

Wypełnia personel szpitala

Wypełnia WYKONAWCA

2. DANE DOTYCZĄCE REALIZACJI PRZEWOZU

a) data realizacji usługi _____ godzina ; wyjazdu _____ powrotu _____

b) dodatkowe informacje o realizacji transportu;*

[KOD 1-L] *	[KOD 1-R] *	[KOD 2-L] *	[KOD 2-R] *	[KOD 3] *	[KOD 4] *
- przewóz w jedną stronę z lekarzem pacjentów Zamawiającego kierowanych na leczenie do innych placówek leczniczych, w tym transport osób z dysfunkcją ruchu;	- przewóz w jedną stronę z ratownikiem pacjentów Zamawiającego kierowanych na leczenie do innych placówek leczniczych, w tym transport osób z dysfunkcją ruchu;	- przewóz w dwie strony z lekarzem pacjentów Zamawiającego kierowanych na konsultacje i/lub badanie-leczenie do innych placówek leczniczych, w tym transport osób z dysfunkcją ruchu;	- przewóz w dwie strony z ratownikiem pacjentów Zamawiającego kierowanych na konsultacje i/lub badanie-leczenie do innych placówek leczniczych, w tym transport osób z dysfunkcją ruchu;	- przewóz w jedną stronę bez asysty medycznej pacjentów Zamawiającego w tym transport osób z dysfunkcją ruchu ;	- przewóz w dwie strony bez asysty medycznej pacjentów Zamawiającego w tym transport osób z dysfunkcją ruchu ;

c) [KOD 5] liczba kilometrów przejechanych w związku z usługą _____

d) numer karetki wykonującej zlecenie _____

e) imię , nazwisko i podpis wykonującego zlecenie *;

- kierowca _____
- ratownik _____
- sanitariusz _____
- inny _____

*) właściwe zaznaczyć „X” lub po