



pieczęć jednostki kierującej, adres, telefon
kod, nazwa komórki organizacyjnej
numer identyfikacyjny świadczeniodawcy

--

.....,dnia.....r

Proszę o przewiezienie chorego(ej).....

.....lat.....
imię i nazwisko

adres.....

PESEL

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

Telefon

Rozpoznanie.....

..... kod(ICD10).....

w języku polskim

stopień niesprawności pacjenta

I stopień niesprawności	
II stopień niesprawności	

* właściwe zaznaczyć znakiem „X”

Z.....

..... nazwa jednostki, adres

w dniu.....**o godzinie**.....

w pozycji.....**do**.....

..... nazwa jednostki, adres

Cel przewozu (* właściwe zaznaczyć znakiem „X”)

1. konieczności podjęcia natychmiastowego leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej	
2. potrzeba kontynuacji leczenia (kontynuowania leczenia w danym zakładzie lub przekazania do dalszego leczenia w innym zakładzie)	
3. dysfunkcja narządu ruchu uniemożliwiająca korzystanie ze środków transportu publicznego (w celu przejazdu na leczenie do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej udzielającego świadczeń we właściwym zakresie i z powrotem)	
4. Inne wyżej nie wymienione	

.....
podpis i pieczęć lekarza