



PIECZĄTKA

Poznań, dnia

ZLECENIE NA TRANSPORT PACJENTA

Rodzaj transportu ☐S ☐P ☐T

Tryb transportu ☐ ZWYKŁY ☐ PILNY ☐ NA SYGNALE

Proszę o transport pacjenta..... lat
Nazwisko i imię

z +
opiekun prawny opiekun medyczny

w dniu godz. z
adres szpitala

..... z oddziału..... w pozycji

do
Miejsca zamieszkania – szpital, pracownia - dokładny adres

Rozpoznanie:

.....
.....
.....

.....
Zalecenia kierującego

.....
Lekarz zlecający

.....
Pieczątką i podpis

Godzina realizacji zlecenia transportu: