



PIECZĄTKA

..... dnia .....

## ZLECENIE NA TRANSPORT PACJENTA

Rodzaj transportu ☐S ☐P ☐T

☐ PILNE ☐ CITO ☐ NA SYGNALE

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

$$Z \dots\dots\dots + \dots\dots\dots$$

opiekun prawny    opiekun medyczny

w dniu ..... godz. .... z .....  
adres szpitala

..... z oddziału..... w pozycji .....

do .....  
Miejsca zamieszkania – szpital,prcownia - dokładny adres

Rozpoznanie:

.....

Zalecenia kierującego

Lekarz zlecający

.....  
Pieczątką i podpis

Godzina realizacji zlecenia transportu: .....