

Pieczątka Oddziału /Poradni

**Zgoda na transport na zewnątrz  
Zespołu Opieki Zdrowotnej w Suchej Beskidzkiej**

Imię i Nazwisko Pacjenta.....

PESEL – – – – – / data urodzenia .....

Świadomie i dobrowolnie wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\* na transport ambulansem lub Lotniczym Pogotowiem Ratunkowym do ..... w celu kontynuacji leczenia lub diagnostyki.

.....  
Data

.....  
Czytelny podpis pacjenta lub osoby uprawnionej

Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu:\*

- chory nieprzytomny
- chory przytomny, ale w stanie bardzo ciężkim uniemożliwiającym złożenie własnoręcznego podpisu ( po przeczytaniu zgody przez lekarza chory wyraża zgodę na transport)

.....  
Data, pieczęć i podpis lekarza, który stwierdził konieczność transportu

\_\_\_\_\_  
\* niepotrzebne skreślić