

# KARTA ZLECENIA TRANSPORTU SANITARNEGO

1.1. Nazwa stacji PR:	1.2. Nr zlecenia transportu
	<b>T</b>



## CZĘŚĆ A: PRZYJĘCIE WEZWANIA (wypełnia dyspozytor)

### I. Identyfikacja wezwania

I.1. Stacja przyjmująca wezwanie:	I.2. Kod przyjmującego wezwanie:	I.3. Czas przyjęcia wezwania: rok:    miesiąc:    dzień:    godzina:    minuta:
-----------------------------------	----------------------------------	--

### II. Rozpoczęcie transportu

II.1. Rodzaj miejsca:* <input type="checkbox"/> dom <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> ZOZ	II.2. Opis miejsca:	II.3. Uwagi:
II.4. Miejscowość:	II.5. Ulica:	II.6. Nr domu:
		II.7. Nr lokalu:
		II.8. Piętro:
		II.9. Klatka:

### III. Zakończenie transportu

III.1. Rodzaj miejsca:* <input type="checkbox"/> dom <input type="checkbox"/> inne	III.2. Opis miejsca:	III.3. Uwagi: data: ..... godz.: .....
III.4. Miejscowość:	III.5. Ulica:	III.6. Nr domu:
		III.7. Nr lokalu:
		III.8. Piętro:
		III.9. Klatka:

### IV. Powód i okoliczności zgłoszenia

IV.1. Rozpoznanie (w języku polskim)	IV.2. Rodzaj transportu:* <input type="checkbox"/> samoch <input type="checkbox"/> lotniczy	IV.3. Przedm. Transp.:	IV.4. Transp. z udziałem* <input type="checkbox"/> rodziny <input type="checkbox"/> policji <input type="checkbox"/> innej osoby
	IV.5. Pozycja chorego:* <input type="checkbox"/> siedząca <input type="checkbox"/> leżąca	<input type="checkbox"/> tr. chorego <input type="checkbox"/> tr. Krwi/leków <input type="checkbox"/> inne	

### V. Dane dotyczące chorego

V.1. Nazwisko i imię:	V.2. Wiek chorego: lat:    miesięcy:	V.3. Określenie wieku:* <input type="checkbox"/> dziecko <input type="checkbox"/> dorosły	V.4. Płeć* <input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta
-----------------------	---	--	---

### VI. Dane dotyczące zlecającego transport (lekarza):

VI.1. Nazwisko i imię lekarza zlec. transport:	VI.2. Nazwisko i imię osoby zam. transport:	IV.3. Nazwa instytucji zlecającej transport:
--	---	--

## CZĘŚĆ B: PODJĘCIE DECYZJI (wypełnia dyspozytor)

### I. Decyzja dyspozytora:

I.1. Decyzja dot. wyjazdu:* <input type="checkbox"/> wysł. zespołu własnego <input type="checkbox"/> przekazanie innej stacji <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> anulowanie	I.2. Rodzaj wyjazdu:* <input type="checkbox"/> na sygnale <input type="checkbox"/> planowany <input type="checkbox"/> zwykły	I.4. Identyfikacja zespołu/ stacja macierzysta:	I.5. Czas wyjazdu godz. .... minuta .....
I.5. Skład zespołu:* <input type="checkbox"/> ratownik ..... <input type="checkbox"/> kierowca-ratow. ....	I.3. Powiadomiono:* <input type="checkbox"/> Straż <input type="checkbox"/> służby sanitarne <input type="checkbox"/> Policję <input type="checkbox"/> inne	I.7. Odwołano:  Nazwisko ..... godz. ....	I.8. Podpis i pieczęć zlecającego:
	I.6. Stacja przyjmująca: zlec. przekazano do oddz. .... godz. ....		

## CZĘŚĆ C: OBSŁUGA ZLECENIA (wypełnia kierownik zespołu)

### I. Dokładne dane chorego lub jego opiekuna - płatnika - uzupełnienie lub korekta danych z pola V część A (wypełnić na podstawie dokumentów)

I.1. Imię i nazwisko chorego:	I.2. Nr identyfikacyjny RUM
I.3. Adres stałego zameldowania: miejscowość:	ulica:    nr domu:    nr lokalu:
	I.4. Rodzaj i nr dok. ubezpiecz.    I.5. Nr PESEL

### II. Obsługa wezwania przez zespół

II.1. Potwierdzenie wykonanego zlecenia:**	II.2. Czas przyby. do miejsca rozp. transp. godzina:    minuta:	II.3. Czas przyby. do miejsc. przezn. trans. godzina:    minuta:	II.4. Czas powrotu do stacji godzina:    minuta:
	II.5. Przyczyna odpłat. za wyjazd:* <input type="checkbox"/> brak ubezpieczenia <input type="checkbox"/> inna (wymienić)	II.6. Wyst. wezw. płatn.:	II.7. Pobrano opłatę* <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	II.5. Wysokość opłaty:	II.9. Liczba km	II.10. Podpis kier. zespołu (sanitariusza)
			II.11. Identyfikator Kasy Chorych

## CZĘŚĆ D: ROZLICZENIE (wypełnia księgowy)

I.1. Rozliczenie kosztów:* <input type="checkbox"/> personel: <input type="checkbox"/> leki: <input type="checkbox"/> sprzęt i materiały:	Wartość:	<input type="checkbox"/> dojazd i transport <input type="checkbox"/> leki	Wartość:	I.2. Podpis i pieczęć rozliczającego
--	----------	--	----------	--------------------------------------

\* zaznaczyć odpowiednie pole znakiem „X”

\*\* inne konieczne dane dotyczące realizacji zlecenia wpisywać na odwrocie karty

Godzina wyjazdu od pacjenta: .....