

Samodzielny Publiczny  
Zespół Opieki Zdrowotnej w Myszkowie  
SZPITAL POWIATOWY  
Oddział .....  
42-300 Myszków ul. Wolności 29, woj. śląskie  
tel (34)3158226 fax. (34) 313 73 29  
NIP 577-17-44-296 REGON 000306377  
Nr ks rej. .... Kod res. ....  
Kod res. VII: ..... kod res: VIII: .....  
Numer umowy 123/100327

YAT. No 1

Myszków, .....

## ZLECENIE NA TRANSPORT MEDYCZNY

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

lat..... PESEL: ..... telefon:

Rozpoznanie główne:.....  
jeśli potrzeba to i współistniejące .....

Z .....

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

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

cel transportu ( właściwe pozostawić ) konsultacja, badanie specjalistyczne, rehabilitacja , przewóz chorego z domu do szpitala/ do poradni specjalistycznej, odwóz pacjenta ze szpitala do domu, inne- wpisać jakie

rodzaj transportu sanitarnego (właściwe zostawić) zespół lekarski, zespół ratowniczy, lub inny – wpisać jaki:

.....  
Czytelny podpis, pieczętka lekarza