

Nr...../...../.....

P.O.

Aprobat,
Manager general**CATRE SERVICIUL DE AMBULANTA JUDETEAN SATU MARE**

Avand in vedere contractul de furnizare de servicii de transport medical incheiat intre noi, cat si legislatia specifica in vigoare va comunicam urmatoarele:

INFORMATII SOLICITANT			
Doctor	Nume	Prenume	
Spitalul		Sectia	
Contact	Nr. telefon mobil		

INFORMATII PACIENT				
Nume, prenume			CNP	
Spitalul trimitator		Sectia		Salon
Diagnostic				
Domiciliu	Jud.	Loc.	Str.	
	Nr.	Scara	Apart.	
	Interfon	Nr. tel.		
Informatii despre necesitati speciale in timpul transportului				
Informatii despre persoane care pot fi contactate in cazul unor situatii speciale				
Recomandarile asistentului social al spitalului trimitator				

Specific ca, pacientul nu este transportabil cu mijloace conventionale

Am informat pacientul ca legislatia nu permite insotitor pe timpul transportului, decat daca pacientul este minor, caz in care va fi insotit de unul dintre parinti.(OMS 2011/2007)

Prezenta cerere se va trimite prin fax Serviciului de Ambulanta la Nr.0261-741111 (operational 24/24ore 7/7zile, cu cel putin 24 ore inaintea efectuarii transportului sau email: dispecerat@ambulantasm.ro Asistentul sectiei va suna la nr. de tel. 0261-806 409 pentru confirmarea externarii in data si cu 30 min. inainte de efectuarea transportului.

Se completeaza de catre asist.sef/dispecer S.A.J.	
Echipajul desemnat	Medic:
	As.:
	Amb.:

Data:...../...../.....

L.S.:

Semnatura:.....