

V - WYWIAD (wypełnia kierownik ZRM)

VI - BADANIE (wypełnia kierownik ZRM)

GLASGOW-COMA-SCALE OTWIERANIE OCZU spontanicznie.....4 na głos.....3 na ból.....2 brak.....1 REAKCJA SŁOWNA zorientowany.....5 splątany.....4 niewłaściwe słowa.....3 niezrozumiałe dźwięki.....2 brak.....1 REAKCJA RUCHOWA wykonuje polecenia.....6 lokalizacja bólu.....5 ucieczka od bólu.....4 zgięciowa.....3 wyprostna.....2 brak.....1 SUMA <input type="text"/> <input type="text"/>	RTS CZĘSTOŚĆ ODDECHÓW 10-29.....4 >29.....3 6-9.....2 1-6.....1 brak.....0 CIŚNIENIE SKURCZOWE >89.....4 76-89.....3 50-75.....2 1-49.....1 0.....0 GCS 13-15.....4 9-12.....3 6-8.....2 4-5.....1 3.....0 SUMA <input type="text"/> <input type="text"/>	UKŁAD ODDECHOWY częstość oddechów... <input type="text"/> /min duszność... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sinica... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> bezdech... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> szmer prawidł. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> furczenie... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> świsty... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> trzeszczenie... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> rżenie... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> brak szmeru... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Inne... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Saturacja... <input type="text"/> %	ŻRENICZE Reakcja na światło: prawidłowa... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> powolna... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> brak... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> szerokość: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> normalna... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> wąska... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> szeroka... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CIŚNIENIE TĘTNICZE <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> mm Hg TĘTNO <input type="checkbox"/> miarowe <input type="checkbox"/> <input type="text"/> /min niemiar. <input type="checkbox"/>	<p> X = złamanie otwarte X/ = złamanie zamknięte ⊗ = zwichnięcia ● = stłuczenia V = rany * = zmiążdżenia T = amputacje ◆ = oparzenia □ = brak obrażeń ■ = ból nie-urazowy ▲ = inne </p>
--	--	---	--	---

OBJAWY wstrząs... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NZK... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> obj. oponowe... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> drgawki... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> afazja... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> wymioty... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> biegunka... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> krwawienie... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> obrzęki... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> zasłabnięcia... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> INNE cięża... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> poród... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> chor. zakaźna... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SKÓRA Wygląd: normalna... <input type="checkbox"/> blada... <input type="checkbox"/> rumień... <input type="checkbox"/> zażółcenie... <input type="checkbox"/> sinica obw... <input type="checkbox"/> sinica centr... <input type="checkbox"/> Wilgotność: w normie... <input type="checkbox"/> wilgotna... <input type="checkbox"/> sucha... <input type="checkbox"/> Temperatura: normalna... <input type="checkbox"/> chłodna... <input type="checkbox"/> ciepła... <input type="checkbox"/>	JAMA BRZUSZNA w normie... <input type="checkbox"/> bolesność palpacyjna... <input type="checkbox"/> brak perystaltyki... <input type="checkbox"/> objawy otrzewnowe... <input type="checkbox"/> OCENA PSYCHO-RUCH. norma... <input type="checkbox"/> spowolniały... <input type="checkbox"/> pobudzony... <input type="checkbox"/> agresywny... <input type="checkbox"/>	TONY SERCA czyste/głośnie... <input type="checkbox"/> stłumione... <input type="checkbox"/> inne... <input type="checkbox"/> NIEDOWŁAD / PORAŻENIE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> kończyna górna <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> kończyna dolna <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ZAPACH Z UST rozpuszczalnik org... <input type="checkbox"/> alkohol... <input type="checkbox"/> inne... <input type="checkbox"/> POZIOM GLUKOZY <input type="text"/> mg%	EKG Rytm zatokowy... <input type="checkbox"/> Tachykardia nadkomorowa... <input type="checkbox"/> Tachykardia komorowa... <input type="checkbox"/> Migotanie/trzepotanie przedsionków... <input type="checkbox"/> AV blok... <input type="checkbox"/> sVES... <input type="checkbox"/> VES... <input type="checkbox"/> VF/VT... <input type="checkbox"/> Asystolia... <input type="checkbox"/> PEA... <input type="checkbox"/> Stymulator... <input type="checkbox"/> Zawał... <input type="checkbox"/> Inne... <input type="checkbox"/>	OPIS
---	--	---	--	--	-------------

VII - ROZPOZNANIE (wypełnia kierownik ZRM)

OPIS	KOD ICD10
------	-----------

VIII - POSTĘPOWANIE Z CHORYM (wypełnia kierownik ZRM)

CZYNNOŚCI odsysanie... <input type="checkbox"/> defibrylacja... <input type="checkbox"/> kołnierz... <input type="checkbox"/> linia żył. obw... <input type="checkbox"/> went. workiem... <input type="checkbox"/> stymulacja zew... <input type="checkbox"/> deska ortoped... <input type="checkbox"/> linia żył. cent... <input type="checkbox"/> rurka UG... <input type="checkbox"/> kardiowersja... <input type="checkbox"/> materac próż... <input type="checkbox"/> cewnikowanie... <input type="checkbox"/> intubacja... <input type="checkbox"/> masaż serca... <input type="checkbox"/> unieruchomienie... <input type="checkbox"/> sonda żołąd... <input type="checkbox"/> respirator... <input type="checkbox"/> EKG... <input type="checkbox"/> opatrunek... <input type="checkbox"/> monitorowanie... <input type="checkbox"/> tlenoter. bierna... <input type="checkbox"/> teletransmisja... <input type="checkbox"/> inne... <input type="checkbox"/>	ZASTOSOWANE LEKI, ŚRODKI (nazwa, dawka, droga podania)
ZALECENIA / UWAGI KIEROWNIKA ZESPOŁU	

IX - ZGON (wypełnia kierownik ZRM)

Zgon nastąpił przed przybyciem zespołu <input type="checkbox"/> w trakcie udzielania pomocy <input type="checkbox"/> w trakcie transportu <input type="checkbox"/>	Czas stw. zgonu / odstąpienia** <input type="text"/> : <input type="text"/>	Podejrznie przycz. Krym. Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Powiadomiono Policja <input type="checkbox"/> st. Sanitarne <input type="checkbox"/> inne... <input type="checkbox"/>	Wydano kartę zgonu Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
--	---	--	--	--

X - PODSUMOWANIE (wypełnia kierownik ZRM)

Wydano Kartę medycznych czynności ratunkowych Pacjent <input type="checkbox"/> Opiekun <input type="checkbox"/> Szpital <input type="checkbox"/> inne... <input type="checkbox"/>	Zabiegi dezynfekcyjne po zak. Wyjazdu Wykonano <input type="checkbox"/> Niewykonano <input type="checkbox"/>	Wyst. Kartę Zgłoszenia Choroby Zakaźnej Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
---	--	---

Procedury kosztów	Podpis i pieczęć kierownika ZRM
--------------------------	--

** Odstąpienia od medycznych czynności ratunkowych - dotyczy zespołu bez lekarza.

KARTA ZLECENIA WYJAZDU ZESPOŁU RATOWNICTWA MEDYCZNEGO

Dysponent jednostki Ratownictwa Medycznego (nazwa, adres, nr umowy z NFZ, REGON, nr tel.)	Miejsce wyczekiwania ZRM (adres):
---	-----------------------------------

I - PRZYJĘCIE WEZWANIA (wypełnia dyspozytor medyczny)

Jednostka przyjmująca wezwanie:	Kod przyjmującego dyspozytora medycznego:	Nr zlecenia wyjazdu:	Data i czas przyjęcia wezwania:
---------------------------------	---	----------------------	---------------------------------

Adres lub nazwa miejsca wezwania:

Miejscowość:	Ulica:	Nr domu:	Nr lokalu:	Piętro:	Klatka:
Opis miejsca wezwania:					Współrzędne geograficzne

Powód wezwania:

Kod pilności:	Wywiad - opis:
---------------	----------------

Dane chorego:

Nazwisko i imię:	Wiek chorego: lat: m.-cy: dni:	Określenie wieku: <input type="checkbox"/> dziecko <input type="checkbox"/> dorosły	Płeć: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K
------------------	---	--	--

Dane wzywającego:

Nazwisko i imię:	Sposób wezwania: <input type="checkbox"/> automat tel. <input type="checkbox"/> radio-telef. <input type="checkbox"/> teleinformatycznie <input type="checkbox"/> Tel.nr:.....	Uwagi:
Określenie wzywającego: <input type="checkbox"/> osobiście/rodzina <input type="checkbox"/> Straż Pożarna <input type="checkbox"/> Policja <input type="checkbox"/> lekarz <input type="checkbox"/> Straż Miejska <input type="checkbox"/> inne		

II - PODJĘCIE DECYZJI (wypełnia dyspozytor medyczny)

Decyzja dotycząca wyjazdu: <input type="checkbox"/> Wysłanie zespołu własnego <input type="checkbox"/> Przekazanie innemu dysponentowi <input type="checkbox"/> Odwołanie	Identyfikator zespołu:	Identyfikator pojazdu:	Rodzaj wyjazdu: <input type="checkbox"/> na sygnale <input type="checkbox"/> zwykły	Typ zespołu: <input type="checkbox"/> specjalistyczny <input type="checkbox"/> Podstawowy <input type="checkbox"/> inny	Powiadomiono: <input type="checkbox"/> Straż Poż. <input type="checkbox"/> Policja <input type="checkbox"/> Służby sanit. <input type="checkbox"/> Inne	Data i czas decyzji wyjazdu:
--	------------------------	------------------------	---	--	---	------------------------------

Kierownik* / skład zespołu: <input type="checkbox"/> lekarz:..... <input type="checkbox"/> pielęgn./rat.med.:..... <input type="checkbox"/> ratownik med.:..... <input type="checkbox"/> kierowca/rat.med.:.....	Zlecenie przekazano do dysponenta:..... Czas: g.....m..... Kod dysp.med.:.....	Zlecenie odwołał: nazwisko:..... Czas: g.....m..... Kod dysp.med.:.....	Zlecenie przekazano przez: <input type="checkbox"/> radio <input type="checkbox"/> teleinform. Dane dyspozytora med.:
--	--	---	---

III - REALIZACJA ZLECENIA (wypełnia ratownik medyczny/pielęgniarka)

<input type="checkbox"/> udzielono pomocy, pacjent pozostał w miejscu wezwania <input type="checkbox"/> udzielono pomocy i przewieziono do..... <input type="checkbox"/> w rejonie <input type="checkbox"/> poza rejon <input type="checkbox"/> brak pacjenta w miejscu wezwania <input type="checkbox"/> pacjent odmawia udzielenia pomocy	OŚWIADCZENIE PACJENTA <input type="checkbox"/> zostałem poinformowany o zagrożeniu zdrowia i życia. <input type="checkbox"/> nie wyrażam zgody na udzielenie pomocy medycznej. <input type="checkbox"/> nie wyrażam zgody na przewiezienie do szpitala podpis pacjenta.....	Decyzja Zakładu Opieki Zdrowotnej: <input type="checkbox"/> Przyjęcie chorego <input type="checkbox"/> Odmowa przyjęcia chorego pieczęć IP/SOR godz:.....min.....
---	--	---

IV - DANE PACJENTA I CZASY REALIZACJI (wypełnia ratownik medyczny/pielęgniarka)

DANE PACJENTA (imię nazwisko) Adres zamieszkania: ul:.....nr:.....m:.....	Identyfikator NFZ pacjenta: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> PESEL pacjenta: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	CZASY REALIZACJI ZLECENIA Czas wyjazdu ZRM: godz.....min..... Czas przybycia do miejsca wezwania: godz.....min..... Czas przekazania pacjenta w IP/SOR: godz.....min..... Czas powrotu do stacji: godz.....min.....
Rodzaj i nr dok. ubezpieczeniowego:	Podpis i pieczęć kierownika ZRM:	Liczba km

*Zaznaczamy przy kierowniku zespołu

KARTA MEDYCZNYCH CZYNNOŚCI RATUNKOWYCH *

I - WYWIAD

II - BADANIE

GLASGOW-COMA-SCALE OTWIERANIE OCZU spontanicznie.....4 na głos.....3 na ból.....2 brak.....1 REAKCJA SŁOWNA zorientowany.....5 splątany.....4 niewłaściwe słowa.....3 niezrozumiałe dźwięki.....2 brak.....1 REAKCJA RUCHOWA wykonuje polecenia.....6 lokalizacja bólu.....5 ucieczka od bólu.....4 zgięciowa.....3 wyprostna.....2 brak.....1 SUMA <input type="text"/> <input type="text"/>	RTS CZĘSTOŚĆ ODDECHÓW 10-29.....4 >29.....3 6-9.....2 1-6.....1 brak.....0 CIŚNIENIE SKURCZOWE >89.....4 76-89.....3 50-75.....2 1-49.....1 0.....0 GCS 13-15.....4 9-12.....3 6-8.....2 4-5.....1 3.....0 SUMA <input type="text"/> <input type="text"/>	UKŁAD ODDECHOWY częstość oddechów... <input type="text"/> /min duszność..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sinica..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> bezdech..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> szmer prawidł. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> furczenie..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> świsty..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> trzeszczenie..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> rżenie..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> brak szmeru..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Inne..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Saturacja... <input type="text"/> %	ŻRENICE Reakcja na światło: prawidłowa..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> powolna..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> brak..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> szerokość: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> normalna..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> wąska..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> szeroka..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CIŚNIENIE TĘTNICZE <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> mm Hg TĘTNO <input type="checkbox"/> miarowe <input type="checkbox"/> <input type="text"/> /min niemiary <input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> = złamanie otwarte <input type="checkbox"/> = złamanie zamknięte <input type="checkbox"/> = zwichnięcia <input type="checkbox"/> = stłuczenia <input type="checkbox"/> = rany <input type="checkbox"/> = zmiążdżenia <input type="checkbox"/> = amputacje <input type="checkbox"/> = oparzenia <input type="checkbox"/> = brak obrażeń <input type="checkbox"/> = ból nie-urazowy <input type="checkbox"/> = inne
--	--	---	---	--

OBJAWY wstrząs..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NZK..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> obj. oponowe... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> drgawki..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> afazja..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> wymioty..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> biegunka..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> krwawienie..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> obrzęki..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> zasłabnięcia... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> INNE ciąża..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> poród..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> chor. zakaźna. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SKÓRA Wygląd: normalna..... <input type="checkbox"/> blada..... <input type="checkbox"/> rumień..... <input type="checkbox"/> zażółcenie... <input type="checkbox"/> sinica obw... <input type="checkbox"/> sinica centr. <input type="checkbox"/> Wilgotność: w normie..... <input type="checkbox"/> wilgotna..... <input type="checkbox"/> sucha..... <input type="checkbox"/> Temperatura: normalna..... <input type="checkbox"/> chłodna..... <input type="checkbox"/> ciepła..... <input type="checkbox"/>	JAMA BRZUSZNA w normie..... <input type="checkbox"/> bolesność palpacyjna..... <input type="checkbox"/> brak perystaltyki... <input type="checkbox"/> objawy otrzewnowe... <input type="checkbox"/> OCENA PSYCHO-RUCH. norma..... <input type="checkbox"/> spowolniały... <input type="checkbox"/> pobudzony..... <input type="checkbox"/> agresywny..... <input type="checkbox"/>	TONY SERCA czyste/głośnie..... <input type="checkbox"/> stłumione..... <input type="checkbox"/> inne..... <input type="checkbox"/> NIEDOWŁAD / PORAŻENIE <input type="checkbox"/> kończyna górna <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> kończyna dolna <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ZAPACH Z UST rozpuszczalnik org... <input type="checkbox"/> alkohol..... <input type="checkbox"/> inne..... <input type="checkbox"/> POZIOM GLUKOZY <input type="text"/> mg%	EKG Rytm zatokowy.. <input type="checkbox"/> Tachykardia nadkomorowa... <input type="checkbox"/> Tachykardia komorowa..... <input type="checkbox"/> Migotanie/trzepotanie przedsionków... <input type="checkbox"/> AV blok..... <input type="checkbox"/> sVES..... <input type="checkbox"/> VES..... <input type="checkbox"/> VF/VT..... <input type="checkbox"/> Asystolia..... <input type="checkbox"/> PEA..... <input type="checkbox"/> Rozrusznik..... <input type="checkbox"/> Zawał: <input type="checkbox"/> Inne:..... <input type="checkbox"/>	OPIS
---	--	---	---	--	---

III - ROZPOZNANIE

OPIS	KOD ICD10
------	-----------

IV - POSTĘPOWANIE Z CHORYM

CZYNNOŚCI odsysanie..... <input type="checkbox"/> defibrylacja..... <input type="checkbox"/> kołnierz..... <input type="checkbox"/> linia żył. obw..... <input type="checkbox"/> went. workiem... <input type="checkbox"/> stymulacja zew... <input type="checkbox"/> deska ortoped..... <input type="checkbox"/> linia żył. cent..... <input type="checkbox"/> rurka UG..... <input type="checkbox"/> kardiowersja..... <input type="checkbox"/> materac próż..... <input type="checkbox"/> cewnikowanie..... <input type="checkbox"/> intubacja..... <input type="checkbox"/> masaż serca..... <input type="checkbox"/> unieruchomienie. <input type="checkbox"/> sonda żołąd..... <input type="checkbox"/> respirator..... <input type="checkbox"/> EKG..... <input type="checkbox"/> opatrunek..... <input type="checkbox"/> monitorowanie... <input type="checkbox"/> tlenoter. bierna... <input type="checkbox"/> teletransmisja... <input type="checkbox"/> inne..... <input type="checkbox"/>	ZASTOSOWANE LEKI, ŚRODKI (nazwa, dawka, droga podania)
ZALECENIA / UWAGI KIEROWNIKA ZESPOŁU 	

V - CZAS REALIZACJI i DANE PACJENTA

DANE PACJENTA (imię nazwisko) Adres zamieszkania: ul: nr: m:	Identyfikator NFZ pacjenta: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> PESEL pacjenta: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	CZAS PRZEKAZANIA PACJENTA Czas przekazania pacjenta w IP/SOR: godz.....min..... Czas przekazania innym..... godz.....min.....
Podpis i pieczęć kierownika ZRM: 		Dane jednostki realizującej zlecenie:

* Wypełnia kierownik ZRM