

CĂTRE,

SERVICIUL DE AMBULANȚĂ JUDEȚEAN BISTRIȚA-NĂȘĂUD

Prin prezenta solicităm asigurarea transportului asistat/neasistat al pacientului:

Nume, prenume _____

Vârsta _____ , **Domiliul** _____

Diagnostic _____

Va fi transportat de la _____

La: _____

În data de _____

Pentru (motivul transp.: consult, control etc.) _____

Specificăm că pacientul nu este transportabil cu mijloace convenționale.

Am informat pacientul că legislația nu permite însoțitor pe timpul transportului, decât dacă pacientul este minor, caz în care va fi însoțit de unul dintre părinți. (OMS 2011/2007)

Persoană de contact: _____ **Tefelon:** _____

Medic de familie
(semnătura și parafa medicului)

Data solicitării