

SPITALUL _____
SECTIA _____

Aprob,

CĂTRE,

SERVICIUL DE AMBULANȚĂ JUDEȚEAN BISTRIȚA-NĂSĂUD

Prin prezenta solicităm asigurarea transportului pacientului:

Nume, prenume _____

Vârsta _____ , **Domiliul** _____

Diagnostic _____

Va fi transportat de la _____

La _____

În data de _____

Motivul (externare, transfer, consult, control etc.) _____

Pentru pacientul mai sus menționat solicităm:

- *Transport asistat cu MEDIC / ASISTENT MEDICAL.*
- *Transport neasistat.*

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 șef secție
(semnătura și parafa medicului)

Data solicitării