

**Заявка
на осуществление межбольничной транспортировки пациента**

Наименование учреждения: ГБУ РС (Я)

« _____ »
На основании Договора № _____ от « _____ » _____ 2018 г.
Дата подачи заявки: « _____ » _____ 2018 г. Дата выполнения заявки:
« _____ » _____ 2018 г.

Ф.И.О., должность передавшего
заявку _____

Ф.И.О.
больного _____

Возраст: _____ лет Дата рождения: ____ / ____ / ____ г. Пол больного: М/Ж

Диагноз: _____

Общее состояние на момент передачи заявки (удовлетворит., средней ст. тяж., тяжелое):

Способ транспортировки: (пешком, кресло, носилки, подручные средства и пр.):

Вид сопровождения: (общепрофильная бригада, бригада анестезиологии – реанимации):

Откуда забрать пациента (точный адрес):

Куда доставить пациента (точный
адрес): _____

Договоренность с медицинской организацией о госпитализации, Ф.И.О., должность,
контактный телефон: _____

Врач Ф.И.О. _____ подпись _____

Оплату гарантируем.

Главный бухгалтер
Ф.И.О., подпись

м.п. _____