



WYJAZDOWA NOCNA I ŚWIĄTECZNA OPIEKA ZDROWOTNA

Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego

10-602 Olsztyn ul. Pstrowskiego 28B

Regon 511332933

Tel. 89/5272222

Kod resortowy I – 000000015370, V-05, VII-019, VIII-0016

KARTA WIZYTY DOMOWEJ
WYJAZDOWEJ NOCNEJ I ŚWIĄTECZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ
ZLECENIE WYJAZDU NR W DNIU:.....

Adres.....

Przyczyna zgłoszenia

Nazwisko i imię

Ubezpieczony: T / N Oświadczenie o ubezpieczeniu: T / N Formularz UE: T / N

Godz. Przyjęcia zgłoszenia:

.....
podpis pielęgniarki dysponującej

Godz. wyjazdu:..... Godz. udzielenia pomocy:..... Godz. powrotu:.....

SKŁAD ZESPOŁU:

Lekarz:

Pielęgniarka:

Kierowca:

PACJENT:

Nazwisko i imię:

Kod pocztowy Miejscowość

Ulica Nr domu nr lokalu

PESEL										
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Seria i numer dokumentu tożsamości:

ODDZIAŁ NFZ

/ wypełnia kierowca/

RTM/Z/KWD.1

WYWIAD I BADANIE LEKARSKIE

Opis wywiadu i badania lekarskiego:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Rozpoznanie:

ICD 10/...../.....

Zabiegi/ podane leki:

.....

.....

Zalecenia:

.....

.....

Wystawiono skierowanie do:

Wystawiono receptę na:

.....

Transport do szpitala: ☐ wezwano ZRM ☐ przewieziono w ramach NiŚOZ

Wystawiono: ☐ zaświadczenie ☐ kartę informacyjną

ZGON – czas stwierdzenia **Powiadomiono Policję TAK** ☐ **NIE** ☐

Podejrzenie popeł. przest. TAK ☐ **NIE** ☐ **Wystawiono kartę zgonu TAK** ☐ **NIE** ☐

Pieczęć szpitala przyjmującego

.....
Podpis i pieczęć lekarza