

Mentési utalvány

Beteg neve: _____

Születés: év: hó: nap:

TAJ szám:

Lakcím: _____ (település) _____ (utca) _____ (hsz.)

Iránydiagnózis: _____ BNO kód:

Alkalmazott terápia:

Szállítás alatti ellátási igény:

Honnan szállítandó: _____

Hova szállítandó: _____

Helybiztosítás: **nincs** **van:** _____

Sürgősség: Azonnal — 2 órán belül — őrzött szállítás

Időre kért szállításhoz a teljesítés időpontja: év hó nap óra perc

Teljesítés módja: mentőkocsi esetkocsi rohamkocsi neonatológiai kocsi

Kíséret igénye: mentőápoló mentőtiszt mentőorvos

Megrendelő orvos bélyegzőszáma:

Szolgáltató neve, OEP-kódja: _____

A megrendelés időpontja: év hó nap óra perc



1234567890123 Dr. VVVVV ÁÁÁ

megrendelő orvos aláírása és bélyegzője