

Szczecin, dnia .....

Pieczęć jednostki:

INFORMACJA DLA PACJENTA PO ODMOWIE TRANSPORTU SANITARNEGO

PACJENT NIE WYRAŻA ZGODY NA TRANSPORT SANITARNY

.....  
podpis

**PACJENT, KTÓRY NIE ZOSTAŁ PRZETRANSPORTOWANY PRZEZ ZESPÓŁ TRANSPORTU  
SANITARNEGO ZOBOWIĄZANY JEST POINFORMOWAĆ O TYM FAKCIE  
LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ !!!**