



Patiententransport Auftrag

Auftraggeber

☐ Rechnung an Patient

Name / Institution _____

Strasse / Nr. _____

PLZ / Ort. _____

Kontaktperson / Tel. _____

Patientenangaben

Pat. Fallnummer Kostenstelle

Name | Vorname _____ Geburtsdatum _____

Station / Zimmer _____

Speziell zu beachten _____

☐ Liegendtransport ☐ Zweiter Transporthelfer ☐ Sauerstoff l/min _____

☐ Im eigenem Rollstuhl ☐ Wird begleitet ☐ Infusion

☐ Rollstuhl **Mobimed** ☐ Gepäck ☐ Isolation _____

☐ Sitzend ☐ Tragstuhl ☐ Akten

☐ Patient über 90 KG _____ KG

Transporttermin MO DI MI DO FR SA SO **ab Sofort**

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Datum Hinfahrt _____ Abholzeit _____ Terminzeit _____

Zielort _____ Abteilung _____

Strasse _____ Telefon _____

PLZ / Ort _____ Kontaktperson _____ am Zielort

Datum Rückfahrt _____ Abholzeit _____ INFO _____

Tel: 0800 670 670 FAX: 0800 671 671

Ich stimme zu ☐ AGB