



Patiententransport Auftrag

Auftraggeber / Abholort

KSB Bruderholz KSB Liestal KSB Laufen Rechnung an Patient

Kontaktperson / Tel. _____

Patientenangaben

Pat. Fallnummer

Geburtsdatum

Name

Vorname

Etage / Stock

Station

Zimmer

Speziell zu beachten

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="radio"/> Liegendtransport | <input type="radio"/> Zweiter Transporthelfer | <input type="radio"/> Sauerstoff l/min _____ |
| <input type="radio"/> Im eigenem Rollstuhl | <input type="radio"/> Wird begleitet | <input type="radio"/> Infusion |
| <input type="radio"/> Rollstuhl Mobimed | <input type="radio"/> Gepäck | <input type="radio"/> Isolation _____ |
| <input type="radio"/> Sitzend | <input type="radio"/> Tragstuhl | <input type="radio"/> Akten |
| <input type="radio"/> Patient über 90 KG | _____ KG | |

Transporttermin

MO

DI

MI

DO

FR

SA

SO

Abholdatum

Abholzeit

Terminzeit am Zielort

Zielort

Telefon

Strasse

Kontaktperson

PLZ / Ort

Abteilung

Datum Rückfahrt

Abholzeit

Stock / Zimmer

KSB Bruderholz KSB Liestal KSB Laufen Heimfahrt

Tel: 0800 670 670 FAX: 0800 671 671

Ich stimme zu

AGB