



## 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 <b>Mobimed</b> | <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