



PATIENTEN-NUMMER

Bestellformular Patiententransport für private Auftraggeber

AUFTRAGGEBER

Medicar-Family Mitglied

Name/Vorname _____

Strasse/Nr. _____

PLZ/Ort _____

Institution/Abt./Zi. _____

Geburtsdatum _____

Tel. Kontaktperson _____

E-Mail _____

RECHNUNGSADRESSE

Rechnungsadresse wie Auftraggeberadresse

Abweichende Rechnungsadresse

ANGABEN ZUM FAHRGAST

In Isolation

Gewicht > 90 kg

Speziell zu beachten:

WIE MÖCHTEN SIE TRANSPORTIERT WERDEN?

Sitzend Liegend (zur Zeit nicht verfügbar)

Service Diskret (Transport in neutralem Fahrzeug)

MITTRANSPORT VON

Rollstuhl

Andere Gehhilfe

Elektro-Rollstuhl

Begleitperson

Rollator

Gepäck

SIE BENÖTIGEN VON MEDICAR ...

Medicar Rollstuhl

Tragestuhl
(Treppe am Zielort)

Rollator

Sauerstoff
(derzeit nicht verfügbar)

Gehstock

Zweiter
Medicar Helfer

Infusion
(derzeit nicht verfügbar)

Sonstiges:

TRANSPORTTERMIN

Nur Hinfahrt

Hin- und Rückfahrt

Fahrer soll warten

Datum Hinfahrt _____ Uhrzeit _____ Datum Rückfahrt _____ Uhrzeit _____

ABHOLORT

Abholen bei Auftraggeberadresse

Abweichende Abholadresse

ZIELORT

Name/Institution _____

Strasse/Nr. _____

PLZ/Ort _____

Name/Tel. Kontaktperson _____

Uhrzeit Ihres Termins _____

Ort / Datum

Stempel/Unterschrift Auftraggeber