



PATIENTEN-NUMMER

Bestellformular Patiententransport für Institutionen

AUFTRAGGEBER

Name Institution _____

Strasse/Nr. _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

KOSTENSTELLE

TRANSPORT FAHRGAST

Sitzend Liegend (zur Zeit nicht verfügbar)

Service Diskret (Transport in neutralem Fahrzeug)

MITTRANSPORT VON

Rollstuhl Andere Gehhilfe

Elektro-Rollstuhl Begleitperson

Rollator Gepäck

ANGABEN ZUM FAHRGAST

Name _____

Vorname _____

Station/Zimmer _____

Geburtsdatum _____

Telefon _____

In Isolation Gewicht > 90 kg

Speziell zu beachten:

SIE BENÖTIGEN VON MEDICAR ...

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Medicar Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Tragestuhl
(Treppe am Zielort) |
| <input type="checkbox"/> Rollator | <input type="checkbox"/> Sauerstoff
(derzeit nicht verfügbar) |
| <input type="checkbox"/> Gehstock | <input type="checkbox"/> Infusion
(derzeit nicht verfügbar) |
| <input type="checkbox"/> Zweiter
Medicar Helfer | |

Sonstiges:

TRANSPORTTERMIN

Nur Hinfahrt **Hin- und Rückfahrt** Fahrer soll warten

Datum Hinfahrt _____ **Uhrzeit** _____ **Datum Rückfahrt** _____ **Uhrzeit** _____

ABHOLORT

Abholen bei Institution

Abweichende Abholadresse

ZIELORT

Name/Institution _____

Strasse/Nr. _____

PLZ/Ort _____

Name/Tel. Kontaktperson _____

Uhrzeit Ihres Termins _____

Ort / Datum

Stempel/Unterschrift Auftraggeber