



Bestellformular Personen- und Patiententransport

AUFTRAGGEBER

Name/Vorname _____
Geburtsdatum _____
Institution _____
Abteilung/Zimmer _____
Strasse/Nr. _____
PLZ/Ort _____
Telefonnummer _____
E-Mail _____

RECHNUNGSADRESSE

per Post an:

per Mail an:

ANGABEN ZUM FAHRGAST

In Isolation _____
Speziell zu beachten: _____

ANGABEN ZUM TRANSPORT

Medicar Begleitperson (Persönliche Betreuung von Anfang bis Ende des Transports)

Rollstuhltransport	Medicar Rollstuhl	Eigene Begleitperson	Sauerstoff
Liegendtransport	Eigener Rollstuhl	Rollator	Infusion
Zu Fuss	Tragstuhl	Gehstock	Gepäck
Service Diskret (Unauffälliger, dezenter Transport)	Sonstiges _____		

TRANSPORTTERMIN

MO

DI

MI

DO

FR

SA

SO

HINFAHRT

Fahrer soll warten

RÜCKFAHRT

Rückfahrt auf Abruf

Datum _____ Uhrzeit _____
Zielort _____
Strasse/Nr. _____
PLZ/Ort _____
Abteilung/Zimmer _____
Uhrzeit Ihres Termins _____
Kontaktperson _____

Datum _____ Uhrzeit _____
Von Zielort zurück an Abholadresse
Von Zielort zu folgender Adresse:

Ort/Datum _____ Unterschrift Auftraggeber _____