



# MEDICAR<sub>AG</sub>

## Bestellformular Personen- und Patiententransport

### ABHOLADRESSE

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### RECHNUNGSADRESSE

Name/Vorname \_\_\_\_\_  
Strasse/Nr. \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_  
 Rechnung an Abholadresse

### ANGABEN ZUM FAHRGAST

Speziell zu beachten: \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_ Telefonnummer \_\_\_\_\_  
Institution \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_  
Zimmernummer \_\_\_\_\_ Stockwerk \_\_\_\_\_ In Isolation \_\_\_\_\_

### ANGABEN ZUM TRANSPORT

<input type="checkbox"/> Rollstuhl-Transport	<input type="checkbox"/> Nur Hinfahrt	<input type="checkbox"/> Hin- und Rückfahrt
<input type="checkbox"/> Sitzend-Transport (Zu Fuss)	<input type="checkbox"/> Medicar Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Eigene Begleitperson
<input type="checkbox"/> Liegend-Transport	<input type="checkbox"/> Tragstuhl (inkl. zweiter Medicar Helfer)	<input type="checkbox"/> Sauerstoff _____ Liter
	<input type="checkbox"/> Medicar Betreuung	<input type="checkbox"/> Infusion <input type="checkbox"/> Gepäck

### TRANSPORTTERMIN

MO  DI  MI  DO  FR  SA  SO

Datum \_\_\_\_\_ Zielort \_\_\_\_\_  
Abholzeit \_\_\_\_\_ Strasse/Nr. \_\_\_\_\_  
Uhrzeit Termin \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
 Kantonsspital Bruderholz  
 Universitätsspital Basel  
Abteilung \_\_\_\_\_  Notfall  
Kontaktperson \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_  
Ort \_\_\_\_\_ Unterschrift Auftraggeber \_\_\_\_\_

**GEMEINSAM UND SICHER ANS ZIEL!**