

Bitte Formular vollständig ausfüllen

Anmeldung für Verlegungs- und Krankentransporte

Transport wird in Auftrag gegeben von:

Spital:

Praxis: Andere

Name:

Vorname:

Funktion:

Telefon-Nummer:

Angaben zum Patienten:

Name:

Vorname:

Adresse:

PLZ, Ort:

Geb.datum:

Telefon-Nummer:

Patient ist: UVG versichert KVG versichert MV (Militär versichert) Selbstzahler / Wunschtransport Patient

Diagnose:

Grund des Transportes:

Patient/in ist abzuholen:

Spital:

Praxis:

Abt. / Haus:

Stock / Zimmer:

Adresse:

PLZ, Ort:

Datum: Zeit: Uhr

Telefon-Nummer:

Zielort des Transports ist:

Spital: Heim

Praxis: Nach Hause

Abt. / Haus:

Stock / Zimmer:

Adresse:

PLZ, Ort:

Datum: Zeit: Uhr

Telefon-Nummer:

Begleitung: Transporthelfer
 dipl. Rettungssanitäter HF

Notarzt / Arzt

Spezielles: Angehörige begleiten den Transport
 Patient/in muss nach Untersuchung wieder zurückverlegt werden.
 Termintransport / keine zeitliche Verschiebung möglich !
 Patient/in wurde über die Kostenbeteiligung gem. KVG aufgeklärt !

Ort / Datum

Unterschrift / Stempel

Bitte umgehend an den SNR 144 mailen info@144.gr.ch