

Die Rechnung geht:

an das abgebenden Spital
an das aufnehmenden Spital
an den Patienten

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 Notarzt / Arzt
 dipl. Rettungssanitäter HF

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