

**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