

FAX		Anforderung - bodengebundene Verlegung		FAX		
GRUNDDATEN	Transport angefordert	am: _____	um: _____	Disponent/in	_____	
	Transport geplant	am: _____	um: _____	am Patient	_____	
	Dringlichkeit	<input type="radio"/> Sofort <input type="radio"/> Dringlichkeit <input type="radio"/> Planbar Notfall! <input type="checkbox"/> Arzt zu Arzt Gespräch			Transportmittel	<input type="radio"/> Rettungswagen <input type="radio"/> Krankenwagen
	Anfordernde Stelle	Name: _____			Arztbegleitung	<input type="radio"/> nicht erforderlich <input type="radio"/> durch abgebendes KH
		Ansprechpartner: _____				Name: _____
Funktion: _____			<input type="radio"/> durch dienstl. Notarztl			
Erreichbarkeit/Telefon: _____			<input type="checkbox"/> Begleitung Angehörige			
Kostenübernahme geklärt: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein						
START / ZIEL		Abgebende Einrichtung / Start		Aufnehmende Einrichtung / Ziel		
	Name der Klinik					
	Adresse falls notwendig					
	Station / Zimmer					
	Telefon					
	Kanal 4m-Funk (Lst)					
	Arzt	z.Zt behandelnder: _____		übernehmender: _____		
Telefon						
PATIENT	Patientenname	Nachname, Vorname: _____			Geboren am: _____	
		Geschlecht: <input type="radio"/> m <input type="radio"/> w				
	Verdachtsdiagnose, bzw. gesicherte Diagnose:	_____				
	Infektion bekannt ?	_____				
	Atmung/ Intubiert/ CPAP	_____				
	Kreislauf / Monitoring	_____				
	Zugänge / Perfusoren	_____				
Übergewicht	<input type="checkbox"/> über 150 kg (Schwerlast RTW)					
Besonderheiten wie med. Geräte, Medikamentengabe, mitzuführendes Gepäck, Hinweis f. Abr.:						

bearbeitet durch: _____			Einsatz-Nr Leitstelle : _____			