

Anforderung - Rückholtransporte Flughafen BER

Version 2022-1

GRUNDDATEN	Transport angefordert	am: _____ um: _____	Disponent/in
	Transport geplant	am: _____ um: _____ am Patient	
	Dringlichkeit	<input type="radio"/> Planbar	Transportmittel <input type="radio"/> Krankenwagen
		<input type="checkbox"/> Arzt zu Arzt Gespräch gewünscht	Arztbegleitung <input type="radio"/> nicht erforderlich
	Anfordernde	Name: _____	<input type="radio"/> Arzt wird gestellt
Stelle/Unternehmen	Ansprechpartner: _____	Name: _____	
	Fallnummer: _____	<input type="radio"/> durch dienstl. Notarztl	
	Erreichbarkeit/Telefon: _____	<input type="checkbox"/> Begleitung Med.-Crew	
	Kostenübernahme geklärt: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		

START / ZIEL		Abholort		Aufnehmende Einrichtung / Ziel
	Flugnummer: Luftseitig/Landseitig: Am Flugzeug (ja/nein): Ankunftsbereich:			
	Name der Klinik: Adresse falls notwendig Station/Zimmer			
	Telefon			
	Arzt	z.Zt behandelnder: _____		übernehmender: _____
	Telefon Arzt oder Krankenhaus			

PATIENT	Patientenname	Nachname, Vorname: _____ Geboren am: _____ Geschlecht: <input type="radio"/> m <input type="radio"/> w <input type="radio"/> d
	Meldeadresse	_____
	Rechnungsadresse Transport	_____
	Erkrankung/ Verletzung/ Bekannte Infektionen	_____
	Atmung/ Intubiert/ CPAP	_____
	Kreislauf / Monitoring	_____
	Zugänge / Perfusoren	_____
	Übergewicht	<input type="checkbox"/> über 150 kg (Schwerlast RTW)
	Besonderheiten wie med. Geräte, Medikamentengabe, mitzuführendes Gepäck, Hinweis für Abrechnung, Anzahl der zu transportierenden Personen:	

bearbeitet durch:	_____	Einsatz-Nr Leitstelle :	_____
--------------------------	-------	--------------------------------	-------