

BESTELLFORMULAR PERSONEN- & PATIENTENTRANSPORT

Abholadresse

Rechnung an Abholadresse: ☐

Rechnungsadresse

Name/Vorname:

Strasse/Nr.:

PLZ/Ort:

E-Mail:

ANGABEN ZUM FAHRGAST

Name/Vorname:

Telefonnummer:

Geburtsdatum :
T T M M J J

Institution:

E-Mail:

Stockwerk:

Zimmernummer:

In Isolation: ☐

ANGABEN ZUM TRANSPORT

- | | | | |
|---|--|---|--|
| ☐ Nur Hinfahrt | ☐ Hin- und Rückfahrt | | |
| ☐ Rollstuhl-Transport | ☐ BPT Rollstuhl | ☐ Eigene Begleitperson | ☐ Sitzend-Transport (Zu Fuss) |
| ☐ Sitzend Transport
(Zu Fuss) | ☐ Tragstuhl
(inkl. zweiter BPT Helfer) | ☐ Sauerstoff _____ Liter | ☐ Liegend-Transport |
| ☐ Liegend-Transport | ☐ Betreuung
(BPT-Betreuung) | ☐ Infusion | ☐ Gepäck |

TRANSPORTTERMIN

☐ MO ☐ DI ☐ MI ☐ DO ☐ FR ☐ SA ☐ SO

Datum:

Zielort:

Abholzeit:

Strasse/Nr.:

Uhrzeit Termin:

PLZ/Ort:

☐ Notfall

Abteilung:

Kontaktperson:

Datum:

Unterschrift Auftraggeber:

Ort: