FaxBestellungKhs V1.7 ab 10/2009

m f s
krankentransport

FAHRAUFTRAG

Hiermit erteilen wir der Firma mfs-Krankentransport GmbH einen Vermittlungsauftrag wie nachfolgend beschrieben:

PatientenDATEN

AOK	BEK	BKK	KONSIL	BG	Privat	Knapp

Name, Vorname des Versicherten

geb.am

Anschrift:

PLZ, Ort

Aufkleber

TransportART

- ☐ Liegend
- ☐ Tragestuhl
- ☐ Rollstuhl
  - ▫ hat eigenen Rolli
  - ▫ Rolli mitbringen
- ☐ Gehfähig
- ☐ Adipös ab 180 Kilogramm

TransportGRUND

- ☐ Verlegung (Bei gesetzlich Versicherten ist eine schriftliche Genehmigung der Krankenkasse erforderlich.)
- ☐ Entlassung
- ☐ Konsil
- ☐ _____

TransportDATUM: Datum 20 | | **UHRZEIT:** Um / Von | | : | | Bis | | : | |

Start:

☐ siehe PatientenDATEN

Straße | | Station | |

Zimmer: | |

PLZ | | Ort | |

Ziel:

☐ siehe PatientenDATEN

Straße | | Station | |

Zimmer: | |

PLZ | | Ort | |

☐ **Eine RÜCKFAHRT wird erbeten um** Uhrzeit | | : | | ☐ Nach Rückruf

Besonderheiten: ☐ Sauerstoff ☐ Absaugung ☐ Kindersitz ☐ Vakuummatratze

Infektionen: ☐ MRSA ☐ ESBL ☐ VRE ☐ Novo-Virus ☐ Clostridien ☐ TBC offen ☐ TBC geschlossen

BestellerNAME: _____ **Unterschrift:** _____

m f s krankentransport

069-9511569-49

0800-333 19 333

069-9511569-40

0800-222 19 222

www.mfs.de