

Anforderung Intensivtransport

Bitte per Fax an: **+49 711 49008926** (Internet-Fax)

Bitte trotz schriftlicher Anforderung die Verfügbarkeit telefonisch abfragen!



Patient	Vorname		Name	
	Geb.-Datum		Vers-Nr	
	Kostenträger			
	Anschrift			
	Nationalität			
	Diagnose			
	Größe Patient		Gewicht	

Abholdatum		Uhrzeit	
Dringender Transport / Anfahrt mit Sondersignal		<input type="checkbox"/>	

Von...	Bezeichnung	
	PLZ, Ort	BzKHS Kufstein
	Station	Intern Intensiv
	Ansprechpartner	Dr. Steinböck

Nach...	Bezeichnung	
	PLZ, Ort	BzKHS Natters
	Station	
	Ansprechpartner	

Geräteübersicht

Perfusoren	1-3 <input type="checkbox"/>	4-6 <input type="checkbox"/>	7-9 <input type="checkbox"/>
Beatmung	NIV <input type="checkbox"/>	Maschinell <input type="checkbox"/>	CPAP <input type="checkbox"/>
O ²	Inhalation <input type="checkbox"/>	Liter	
Drainagen unter Sog	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>	Anzahl
Invasive Druckmessung	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>	

**Sollte die zuständige Krankenkasse die Bewilligung/
Kostenübernahme ablehnen, wird der Transport zum Kassentarif mit
dem abgebenden Krankenhaus verrechnet.**

Unterschrift / Stempel
Abgebende Station

Ambulance Intensivmobil GmbH
Mitterland 35
A-6335 Thiersee
Mail: zentrale@intensivmobil.at
Tel: +43 5376 21390
Fax: +49 711 49008926

