

INTERHOSPITALTRANSPORT - ANFORDERUNG

Anforderung / Abholkrankenhaus

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum		Uhrzeit
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Krankenhaus		Abteilung
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name anfordernde(r) Fachärztin/Facharzt		Rückrufnummer

Patientin / Patient

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Vers. Nummer	Geburtsdatum
<input type="text"/>		
Diagnose / Verlegungsgrund		

Zielkrankenhaus

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Krankenhaus	Abteilung
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name zusagende(r) Ärztin/Arzt	Rückrufnummer

Medizinische Notwendigkeit

Notfallverlegung (Vitalbedrohter Patient in ein KH oder eine Abteilung höherer Versorgungsstufe)

Bodengebundener Notarztdienst (NEF, NAW)

Flugrettung (NAH, ITH)

Planbare Verlegung (kein Notfall) Datum / Uhrzeit

Begleitpersonal wird vom verlegenden Krankenhaus beigestellt

Externe(r) Ärztin/Arzt begleitet den Transport (direkte Verrechnung des NA mit dem KH-Träger)

Keine Begleitung Ärztin/Arzt nötig

Antwort erbeten bis: Datum / Uhrzeit

Technische Anforderungen

Standardmonitoring (EKG, SpO₂, NIBP)

Beatmung mit Standardrespirator

Invasive Blutdruckmessung (IBP)

Beatmung mit Intensivrespirator

Perfusoren Stück

Inkubator

Intern (nicht vom Krankenhaus auszufüllen!)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Durchführender Arzt	Telefonnummer	Treffpunkt

Fax an die Rettungsleitstelle

Samariterbund 0732 / 73 64 66 - 666

Bitte unbedingt auch telefonischen Kontakt mit der Rettungsleitstelle 0732 / 2124 herstellen!

Unterschrift anfordernde(r) Fachärztin/Facharzt