

Krankenförderung-Telefax

(nur für Krankenförderung, NICHT im Notfall)

Bitte Faxen an: 0511 / 270422-99



Ich kann nicht hören



Ich kann nicht sprechen



Ich bin behindert

Wer faxt ?

Name: _____ Eigene Faxnummer: _____

Von wo möchten Sie abgeholt werden?

Strasse: _____ Hausnummer: _____

Ort: _____

Privatadresse Pflegeheim/ betreutes Wohnen Sonstige

Wohin möchten Sie befördert werden?

Arztpraxis Krankenhaus Sonstiger Ort

wenn genaue Zieladresse bekannt, Bitte angeben:

Strasse: _____ Hausnummer: _____

Name der Arztpraxis / der Pflegeeinrichtung: _____

ggf. Name des Krankenhauses: _____ Station: _____

Wann sollen wir Sie abholen?

Datum: _____ Zeit: _____

Wie dürfen wir Sie Befördern ?

sitzend

liegend

im eigenen Rollstuhl (da ich NICHT umgesetzt werden kann)

Vielen Dank! Unterschrift: _____

-----Bitte zurückfaxen-----Bitte zurückfaxen-----Bitte zurückfaxen-----Bitte zurückfaxen-----Bitte zurückfaxen-----

Das Krankentransport-Bestellfax ist bei uns eingegangen und wir haben den oben stehenden Termin für Sie vorgemerkt. Eines unserer Fahrzeuge wird rechtzeitig bei Ihnen sein um Sie abzuholen.

Bearbeitender Disponent: _____ Unterschrift _____