

# AUFTRAG PATIENTEN-BEFÖRDERUNG



TELEFON **0 60 81 / 46 43 71-0**

FAX **0 60 81 / 46 43 71-9**

E-MAIL **info@mt-hessen.de**

## FAHRGAST / PATIENT

Name	Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse		
<input type="text"/>		
Krankenkasse	Versicherungsnummer	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

## BEFÖRDERUNGSART

<input type="checkbox"/> sitzend
<input type="checkbox"/> liegend
<input type="checkbox"/> Rollstuhl
<input type="checkbox"/> Tragestuhl
<input type="checkbox"/> Hinfahrt
<input type="checkbox"/> Rückfahrt
Aufzug:
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Begleitperson:
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

## ABHOLUNG

Abholadresse	Datum	Uhrzeit
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## ANSPRECHPARTNER (ANGEHÖRIGE)

Names des Ansprechpartners	Abteilung/Station	Telefon mit Durchwahl
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## VON -> NACH

<b>VON</b>	<b>NACH</b>	<b>ANSCHRIFT</b>	<input type="text"/>  <hr/> Stempel und Unterschrift Besteller/in
<input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Arztpraxis <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Reha-Klinik <input type="checkbox"/> Altenpflegeheim	<input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Arztpraxis <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Reha-Klinik <input type="checkbox"/> Altenpflegeheim	<input type="text"/>	

**BITTE TRANSPORTSCHEIN „VERORDNUNG EINER KRANKENBEFÖRDERUNG“ BEI ABHOLUNG BEREITHALTEN!**

Feld bitte freihalten für Bestätigung und Antwort von Medi-Trans Hessen GmbH