Wir helfen hier und jetzt.

ASB Arbeiter-Samariter-Bund

Transportanforderung

unqualifizierte Beförderung sitzend / Rollstuhl / Tragestuhl

➔ **per Fax: 05037/9711-30 oder Tel.: 05037/9711-0**

Datum des Transportes		
Abholzeit (Wunsch)	Uhr	
Patientenname (Name, Vorname)		
Transportart	❑ sitzend ❑ Rollstuhl (vom ASB)	❑ Rollstuhl (eigener) ❑ Tragestuhl
Abfahrtsort (ggfs. Station!)	❑ Helios-Klinik **Stolzenau** Station: ❑ sonstige:	❑ Helios Klinik **Nienburg**
Zielort		
Stockwerk		
Anzahl der Gepäckstücke (Anzahl/Art)		
Begleitperson (z.B. Ehepartner/Anzahl)		
Patientengewicht	❑ < 100kg	❑ > 100kg* ***Rücksprache erforderlich!**
Infektionserkrankung	❑ ja* * Qualifizierten Krankentransport über **19222** anfordern!	❑ nein
Medizinisch-fachliche Begleitung erforderlich	❑ ja* * Qualifizierten Krankentransport über **19222** anfordern!	❑ nein
Bemerkungen / ergänzende Angaben		
Telefonnummer für Rückfragen		

Eine **Infektionserkrankung** und die **Erforderlichkeit einer medizinisch-fachlichen Begleitung** schließen einen unqualifizeirten Krankentransport aus! > Anforderung des Transportes dann über die IRLS Schaumburg/Nienburg und **19222**!

Drucken

Stand: 19.05.2020