



Vorbestellung planbarer Qualifizierter Krankentransport

Auftraggeber:

Name:		Vorname:	
Funktion:		Telefon:	

Patientendaten:

Name:		Vorname:	
Geschlecht:	w ☐ m ☐ d ☐	COVID-19	☐ positiv ☐ Verdachtsfall ☐ negativ ☐ Kontaktperson
Geb.-datum:	_____._____._____	Infektions-Transport Kategorie	ITK D/E: welche Infektion / Keime? _____ _____
Besonderheiten:	☐ Monitoring (Pulsoxy, RR, EKG) ☐ O ₂ -gabe: ____ l/ min ab ☐ Fahrzeug ☐ Station ☐ sitzend ☐ Tragestuhl ☐ liegend ☐ Vakuummatratze ☐ Sonstiges: _____	A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ → E ☐ →	Wo ist/sind diese angesiedelt: _____ _____

ABHOL-Ort:

Einrichtung:		Abteilung:	
Straße/ Nr.:		Station / Zimmer:	_____ / _____
Postleitzahl:		Abholdatum und Abholzeit sind Wunschzeiten	
Ort:		Abholdatum:	
Rückrufnummer:		Abholzeit:	

ZIEL-Ort:

Einrichtung:		Abteilung:	
Straße/ Nr.:		Station:	
Postleitzahl:		Termin:	
Ort:		Telefonnummer:	

Das vollständig ausgefüllte Formular senden Sie bitte bei qualifizierten Krankentransporten mind. am Vortag und bei qualifizierten Fernfahrten (über 150 km) mind. 2 Tage vor Fahrtbeginn: per Mail an: coburg@ils.brk.de oder per Fax an: 09562 – 50 39 141

Medizinisch nicht indizierte Transporte sind an Taxiunternehmen/ Fahrdienste zu vermitteln!
Unser Krankentransportmanagement erreichen Sie telefonisch unter **09562 19222**.

Maßgeblich für die Verwendung Ihrer Daten sind die Bestimmungen des EU DSGVO Art.6 Abs.1 b); d); f)

Die ILS Coburg verwendet die erhobenen Daten für grundlegende Alarmierungs- und Einsatzzwecke.

Die ILS Coburg übermittelt personenbezogene Daten ausschließlich zur Verrechnung an den jeweiligen Kostenträger.

Interner Bearbeitungsvermerk – wird durch die Leitstelle Coburg ausgefüllt:

in ELDIS erfasst durch:	Transport terminiert auf:	Auftraggeber informiert:
Name:	Datum:	Datum:
Datum:	Uhrzeit:	Name:
Handzeichen:	Handzeichen:	Unterschrift: