

Fax Anforderung Sonderrettungswagen - Adipositas / Intensiv

Einsatzdisposition: Tel.: 0202. 280 500

Fax: 0202. 280 50 60

Kostenträger <input type="text"/>		Patientengewicht KG <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Patient / Name / Vorname <input type="text"/>		Infektion <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Geb. Datum <input type="text"/>		Arztbegleitung durch NRK Rettungsdienst <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Adresse <input type="text"/>		Bettentransport <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		Intensivtrage <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		Schwerlasttrage <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Abholort	Klinik: _____	Station: _____	
	Ansprechpartner: _____	Telefon: _____	
Zielort	Klinik _____	Station _____	
	Ansprechpartner: _____	Telefon: _____	
Sofort <input type="radio"/>	dringend <input type="radio"/>	schnellstmöglich <input type="radio"/>	disponibel <input type="radio"/>
(<30 Min)	(< 2 Std.)	(2-6 Std.)	(> 6 Std.)

Diagnosen: _____

EKG ext. Pacer Perfusor Beatmung inv. Druck

SpO² etCO² Anzahl _____ Beatmungsform _____ Art _____

Transportbedingungen für den Einsatz des S-RTW der NRK Rettungsdienst GmbH, die von der anfordernden Stelle zu beachten bzw. zu veranlassen sind um den Einsatzablauf möglichst effektiv zu ermöglichen:

- Sicherstellung der medizinischen Versorgung bis zum Eintreffen des S-RTW
- Bereitstellung ausreichender Kräfte zur Trageunterstützung/ technische Hilfeleistung
- Durchführung der technischen Rettung zum Transport des Patienten vom Einsatzort zum S-RTW
- Die Fakturierung erfolgt über den o.g. Kostenträger
- Hiermit wird die NRK Rettungsdienst GmbH zur Transportdurchführung beauftragt; die AGB und Transportbedingungen werden anerkannt:

Datum: _____ Stempel / Unterschrift: _____