

Mobilitätshilfe für Menschen mit Handicap

BESTELLFORMULAR

ABHOLADRESSE		RECHNUNGSADRESSE	
--------------	--	------------------	--

Name / Institution _____ Vorname / Name _____

Strasse _____ Strasse _____

PLZ / Ort _____ PLZ / Ort _____

Kontaktperson / Tel _____ Kontaktperson / Tel _____

PATIENTENANGABEN	Pat.- / Fallnummer
------------------	--------------------

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Abteilung / Zimmer _____ Kostenstelle _____

Speziell beachten _____

Patient über 90 Kg: Ja _____ kg Nein Isolation: Ja _____ Nein

BEFÖRDERUNGSART	
-----------------	--

- Liegend Im eigenen Rollstuhl Mit Rollstuhl
 Tragestuhl Bei Zielort: Treppe ohne Aufzug (Tragestuhl) Zweiter Transporthelfer

AUF DEM TRANSPORT MUSS MITGENOMMEN WERDEN	
---	--

- Rollator Gehstöcke Sauerstoff _____ l/min. Begleitperson (Angehörige etc.)
 Infusion Infusomat Viel Gepäck

TRANSPORTTERMIN	<input type="checkbox"/> MO	<input type="checkbox"/> DI	<input type="checkbox"/> MI	<input type="checkbox"/> DO	<input type="checkbox"/> FR	<input type="checkbox"/> SA	<input type="checkbox"/> SO
Datum Hinfahrt _____	Abholzeit _____	Terminzeit _____					
Zielort _____	Abteilung _____						
Strasse _____	Tel. _____						
PLZ / Ort _____	Datum Rückfahrt _____						