

Aide à la mobilité pour les personnes handicapées

BON DE COMMANDE

RAMASSER L'ADRESSE**ADRESSE DE FACTURATION**

Nom / institution

Prénom / Nom

Rue

Rue

ZIP / Ville

ZIP / Ville

Pers. de contact / Tél

Pers. de contact / Tél

INFORMATION PATIENT

Pat.- / Numéro de dossier

Prénom / Nom

Date de naissance

Département / salle

Centre de coûts

Accorder une attention particulière

Patient de plus de 90 kg Oui NonIsolation Oui Non**TYPE DE TRANSPORT** Mensonge Dans votre propre fauteuil roulant Avec un fauteuil roulant (Handicap TAXI) Chaise de transport À destination: escaliers sans ascenseur (chaise porteuse) Deuxième assistant de transport**DOIT ÊTRE PRIS DANS LE TRANSPORT** Rollator Bâtons de marche Oxygène _____ l/min. Personne accompagnatrice (parents, etc.) Infusion Infusomat Beaucoup de bagages**DATE DE TRANSPORT** LI MA ME JE VE SA DI

Date du voyage aller

Heure de ramassage

Heure de rendez-vous

Destinat.

Département

Rue

Tél.

ZIP / Ville

Date de retour