

An: **Feuerwehr Bremen** - Feuerwehr- und Rettungsleitstelle -
FAX: +49 (0)421 3030 11860

Datum:

Anforderung für eine Intensiv-Verlegung

(Die gelb hinterlegten Felder sind zwingend auszufüllen!!)

Meldender

Name:



Termin für Abholung

Datum:

Uhrzeit:

oder

!Sofort!

(= Blaulichtfahrt)

Benötigtes Rettungsmittel

Intensivtransporthubschrauber (☎ 08001121125)
sind über die KOST anzufordern (☎ 08001121126)

Intensivtransportwagen (einschl. Notarzt)

Rettungswagen (einschl. Notarzt)

Patientendaten

Name: []

Vorname: []

Geburtsdatum: []

Kostenübernahme vorhanden

Krankenkasse: []

Ort: []

♂ m

♀ w

Abgebendes Krankenhaus

Krankenhaus: []

Ort: [], Straße/Nr.: []

Station: []



Abgebender Arzt: []

Aufnehmendes Krankenhaus

Krankenhaus: []

Ort: [], Straße/Nr.: []

Station: []



Übernehmender Arzt: []

Kurz-Diagnose / Mitteilungen

Vitalparameter

Bewußtsein

klar

somnolent

bewußtlos

narkotisiert

Atmung

spontan

beatmet

intubiert

tracheotomiert

Kreislauf

stabil

instabil

RR: [] / []

PF: []

Patientenversorgung

Infusion/Transfusion

Zugänge

Monitoring

Beatmung

Infektionsschutz

Spezielle Spritzenpumpe:

Anzahl:

Spezielles Monitoring:

Spezielles Beatmungsgerät:

Spezielles Beatmungsmuster:

Übergewichtiger Patient: > 120 kg oder > 220 kg

**Bearbeitungsvermerk
FRLSt**

Einsatznummer:

Sachbearbeiter:

Weiterleitung am: um: an: