

**ANFORDERUNG EINES QUALIFIZIERTEN KRANKENTRANSPORTS**

– KRANKENTRANSPORTE NUR INNERHALB BREMENS UND DIREKTES NIEDERSÄCHSISCHES UMLAND (15km) –
 –AREALTRANSPORTE DURCH DEN RETTUNGSDIENST NUR MIT BESONDERER INDIKATION –

ANFORDERUNG DURCH / MELDENDE*R

Name: Datum:
 Rückrufnummer: Uhrzeit:

GEWÜNSCHTER TRANSPORTBEGINN:

Krankenhaus: Datum:
 Station/Ort: Uhrzeit:

EIN TRANSPORT KANN NUR ERFOLGEN, WENN ALLE DER FOLGENDEN PUNKTE BESTÄTIGT WERDEN!

DIE FRLSt IST ANGEWIESEN STICHPROBENARTIGE ÜBERPRÜFUNGEN DER ANGABEN DURCHZUFÜHREN!

- Unqualifizierter Krankentransport nicht ausreichend** (z. B. Liegetaxi)
- Firma **akut Ambulanz** (0421-69 10 89 10) nicht erreicht oder
 Transport erst nach über 3 Stunden möglich Name Fa. Akut:
- Firma **MediTeam** (0421 / 665 99 665) nicht erreicht oder
 Transport erst nach über 3 Stunden möglich Name Fa. GARD:
- Firma **Sanitätsdienst Nord** (0800 / 00 18 222) nicht erreicht oder
 Transport erst nach über 3 Stunden möglich Name Fa. SanD Nord:
- Firma **sinus Ambulanz** (0421 / 17 54 00 04) nicht erreicht oder
 Transport erst nach über 3 Stunden möglich Name Fa. Sinus:
- Firma **Spiering Fahrdienste** (0421 / 63 63 500) nicht erreicht oder
 Transport erst nach über 3 Stunden möglich Name Fa. Spiering:

PATIENTENDATEN:

Name: Vorname: Alter:

Transportziel: ggf. Station/Ort/WB:

INFEKTIONSTRANSPORT: Ja Nein

Infektionsart:

UNTERSCHRIFT MELDENDE*R:

BEARBEITUNGSVERMERK FRLSt ENr:

AP & ESB: EM:

Stichprobe durchgeführt: Anforderung **O. K.**
 Anforderung **nicht O. K.**, weil

→ Weiterleitung Formular an ÄLRD