

Patientendaten	
Aufkleber oder Name, Vorname	_____
Geburtsdatum	_____
Straße	_____
PLZ, Wohnort	_____
Krankenkasse	_____

Transportinformationen	
<input type="checkbox"/>	Patient kann selbständig in Bus einsteigen.
<input type="checkbox"/>	Patient kann in Begleitung einsteigen.
<input type="checkbox"/>	Patient muss im Rollstuhl gefahren werden.

<b>Hauptbehandlungsdiagnose (ggf. mit Datum Akut-Ereignis / OP)</b>

<b>Behandlungsrelevante Nebendiagnosen</b>

<b>Zusatzinformationen / Behandlungsziel</b>

<b>Bei Verlegungen frühestmöglicher Verlegungszeitpunkt</b>
---

<b>Absender</b>
Stempel
<b>Telefon</b>

<b>Für Kontaktaufnahme</b>	
Telefon des Patienten	_____
häusliche Kontaktperson	_____
Telefon (falls abweichend)	_____
<b>Zusätzlich bei Verlegung</b>	
Zuständiger Arzt	_____
Durchwahl	_____

**Bitte neue Formulare zusenden**

GERL\_FB\_2018\_08