

KTW – Transportanmeldung



**RETTUNGSDIENST
ZWECKVERBAND
SÜDTHÜRINGEN**

FAX an **03682 / 4007-355**

Anmeldedatum: _____ Anmeldezeit: _____

Anmeldende Einrichtung: Telefonnummer: _____	Patientendaten: Name: _____ Vorname: _____ Geb.datum: _____
---	--

Transportdatum: _____ Fahrbereit ab: _____

Termin: _____

Startadresse: _____ PLZ Ort _____ Straße H.-Nr. _____ Objekt (KH / Station etc.)	Zieladresse: _____ PLZ Ort _____ Straße Nr. _____ Objekt (KH / Station etc.)
--	--

sitzend liegend O² pflichtig Schwerlast: _____ kg

MRE-Besiedlung /-nachweis / INFEKTION:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
MRSA <input type="checkbox"/>	3-/4-MRGN <input type="checkbox"/>	TBC <input type="checkbox"/>
COVID-19 <input type="checkbox"/>	Influenza <input type="checkbox"/>	sonst. Multiresistente _____

Bemerkungen (z.B. Begleitperson o.ä.) _____

Stempel/Unterschrift der abgebenden Einrichtung	Bearbeitungsvermerk RDZV
---	--------------------------