Anmeldeformular für Krankentransporte Tel. 0800 365 144

Dieses Formular dient der professionellen Anmeldung von qualifizierten Patiententransporten bei der Alpinmedic GmbH. **Bitte füllen Sie alle relevanten Felder** vollständig und gut lesbar aus. Das ausgefüllte Formular kann via Mail an **ops@alpinmedic.ch** eingereicht werden. **Bitte beachten Sie die AGB und das Merkblatt für Krankentransporte.**
Link: https://alpinmedic.ch/transportanfrage/ – unter den Buttons AGB und Merkblatt.

1. Transportkategorie

- ☐ Blut & Labortransporte (Schnellschnitt)
- ☐ Psychiatrischer Transport (mit oder ohne FU)
- ☐ S1 - Notfalltransport (Vital bedroht, instabil, notfallmed. Versorgung notwendig)
- ☐ S2 - Krankentransport mit med. Betreuung (Stabil, Überwachungsbedürftig)
- ☐ S3 - Krankentransport/Verlegungstransport mit Betreuung
- ☐ S4 - Sitzend- / Rollstuhltransport mit oder ohne Betreuung

2. Transportart

- ☐ Liegendtransport
- ☐ Im eigenen Rollstuhl
- ☐ Sitzend
- ☐ Rollstuhl mitbringen
- ☐ Patient mit Infusion
- ☐ Mit Rücktransport

3. Patientenangaben

Risikopatient:

- ☐ **REA JA** / hat **Verfügung JA**
- ☐ **REA Nein** / hat **Verfügung NEIN**

Vorname, Name des Patienten

Geburtsdatum Pat.:

Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers

Gewicht in kg:

Benötiger Sauerstoff l/min:

Patientenfallnummer:

Kostenstelle:

Zusätzliches Material / Person(en):

- ☐ Begleitfahrzeug für Gepäck & Personen
- ☐ Zweite medizinische Fachperson
- ☐ Begleitperson ist mitdabei
- ☐ Gepäck (Volumen/kg bitte unter Hinweise angeben)
- ☐ Tragestuhl für Transfer zur Trage (2. Fachpers. erf.)
- ☐ Isolation (Covid, etc.)

Allgemeine Informationen:

- ☐ Patient über 100kg (Gewicht s. oben)
- ☐ Sauerstoff l/min (siehe oben)
- ☐ Urologischer Katheter
- ☐ Vakuummatratze
- ☐ Überwachung Vitalfunktionen
- ☐ Patient mit Tracheastoma

Hinweise / Ergänzungen:

ALPINMEDIC

4. Transportdetails

Abholdatum: Abholzeit:

Abholadresse / Station / Zimmer-Nr. (bitte alles angeben, zuerst die Adresse)

Zieladresse / Spital, Therapieort, Station / Zimmer-Nr. (bitte alles angeben, zuerst die Adresse)

5. Auftraggeber / Institution

Institution / Pflegezentrum / Spital:

Verantw. Kontaktperson: Funktion: Telefonnummer:

E-Mail Adresse:

Adresse:

6. Kostengarant / Rechnungsempfänger (nur ausfüllen wenn nicht gleich wie Auftraggeber unter Punkt 5)

Institution / Pflegezentrum / Spital:

Name Kontaktperson: Funktion: Telefonnummer:

E-Mail Adresse:

Adresse:

5. AGB Alpinmedic und Merkblatt Krankentransporte gelesen und akzeptiert

Akzeptiert: ☐ **AGB** ☐ **Merkblatt** Transport-zeitraum bis

Unterschrift: Wochentage: