



MTS PATIENTENTRANSPORT

Tel.: 061 691 06 06

Fax: 061 691 05 05

Mail: info@mts-patiententransport.ch

www.mts-patiententransport.ch

IHRE GESUNDHEIT IST UNSER ANSPRUCH !

Bestellformular Patiententransport

ABHOLADRESSE		RECHNUNGSADRESSE	
--------------	--	------------------	--

Name / Institution _____ Vorname / Name _____

Strasse _____ Strasse _____

PLZ / Ort _____ PLZ / Ort _____

Kontaktperson / Tel _____ Kontaktperson / Tel _____

PATIENTENANGABEN	Pat.- / Fallnummer
------------------	--------------------

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Abteilung / Zimmer _____ Kostenstelle _____

Speziell beachten _____

Patient über 90 Kg: Ja ___ kg Nein Isolation: Ja _____ Nein

BEFÖRDERUNGSART	
-----------------	--

Liegend Im eigenen Rollstuhl Mit Rollstuhl (MTS)

Tragestuhl Bei Zielort: Treppe ohne Aufzug (Tragestuhl) Zweiter Transporthelfer

AUF DEM TRANSPORT MUSS MITGENOMMEN WERDEN	
---	--

Rollator Gehstöcke Sauerstoff _____ l/min. Begleitperson (Angehörige etc.)

Infusion Infusomat Viel Gepäck

TRANSPORTTERMIN	MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO
Datum Hinfahrt _____	Abholzeit _____			Terminzeit _____			
Zielort _____				Abteilung _____			
Strasse _____				Tel. _____			
PLZ / Ort _____				Datum Rückfahrt _____			

Bitte diesen Teil freihalten für die Bestätigung von MTS Patiententransport