



# IVB-Patiententransport Bestellung



## Auftraggeber:

Name / Institution \_\_\_\_\_

Zusatz \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_

Kontaktperson \_\_\_\_\_

Abteilung \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

Patienten-/Fallnummer

## Patientenangaben

Geburtsdatum

Name/Vorname \_\_\_\_\_

Station/Zimmer \_\_\_\_\_

Speziell beachten \_\_\_\_\_

Patient im Rollstuhl

JA  NEIN

mitgegebene  
Hilfsmittel \_\_\_\_\_

Wird begleitet

JA  NEIN

Isolation:  NEIN  JA : \_\_\_\_\_

Liegendtransport

JA  NEIN

Zweiter Transporthelfer  JA  NEIN

Patient > 90 Kg

JA  NEIN

Sauerstoff  Infusion  \_\_\_\_\_

Zusatzinfo \_\_\_\_\_

## Transporttermin

MO

DI

MI

DO

FR

SA

SO

Datum Hinfahrt \_\_\_\_\_

Abholzeit \_\_\_\_\_

Ankunftszeit  
am Zielort \_\_\_\_\_

Zielort \_\_\_\_\_

Endziel (Abteilung o.ä.) \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

Kontaktperson  
am Zielort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Datum Rückfahrt \_\_\_\_\_

Abholzeit \_\_\_\_\_

bis max. \_\_\_\_\_

IVB Patiententransporte  
Landskronstrasse 26  
4002 Basel

**Tel.: 0800 889 998**  
**FAX: 0800 889 997**