

Leitstelle Westmecklenburg ILWM (Schwerin) Koordinierungsstelle für Intensivmedizinische Patientenverlegungen MV Auftragsformular

Bitte füllen Sie alle Felder ordnungsgemäß aus. Dieses Formular ist Grundlage der Kostenübernahme und der Durchführung des Transportes! Die Daten gehen zur Koordinierungsstelle, ggf. zur Krankenkasse und zum Arzt des Einsatzmittels! Beschränken Sie sich auf relevante Daten!

absendendes Krankenhaus	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Straße	<input style="width: 200%;" type="text"/>	Dringlichkeit	
PLZ/Ort	<input style="width: 200%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> innerhalb von 2 Stunden	
Haus	<input style="width: 200%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> im Laufe des Tages	
		<input type="checkbox"/> anderes Datum	

Stationsname	<input style="width: 200%;" type="text"/>	Transportmittel	
Rückruftelefonnummer	<input style="width: 200%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Rettungswagen (Arzt wird durch Klinik gestellt)	
		<input type="checkbox"/> Intensivtransportwagen mit Arzt	
		<input type="checkbox"/> Intensivtransporthubschrauber mit Arzt	
Einweis. Arzt	<input style="width: 200%;" type="text"/>	Abholdatum / Zeit <input style="width: 100%;" type="text"/>	

Übergabeort	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Empfänger-Krankenhaus	<input style="width: 200%;" type="text"/>	Kostenübernahme	
PLZ/Ort	<input style="width: 200%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Krankenkasse	
Straße	<input style="width: 200%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Berufsgenossenschaft	
Haus	<input style="width: 200%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> abgebendes Krankenhaus	
		<input type="checkbox"/> annehmendes Krankenhaus	
Stationsname	<input style="width: 200%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Aufnahmearzt	<input style="width: 200%;" type="text"/>		
Rückruftelefonnummer	<input style="width: 200%;" type="text"/>	Faxnummer*	<input style="width: 100%;" type="text"/>

Übergabeort*	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Patientenname/Nummer	<input style="width: 200%;" type="text"/>	Krankenkasse	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Geburtsdatum	<input style="width: 200%;" type="text"/>	Kassennummer	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Statusnummer	<input style="width: 200%;" type="text"/>	Mitgliedsnummer	<input style="width: 100%;" type="text"/>

Grund der Verlegung unter intensiv-medizinischen Bedingungen

Atmung	<input type="checkbox"/> Spontan-Atmung	<input type="checkbox"/> Assiiert	<input type="checkbox"/> Beatmet
Kreislaufzustand	<input type="checkbox"/> stabil	<input type="checkbox"/> instabil	<input type="checkbox"/> Herzlungenmaschine <input type="checkbox"/> extraaortale-Ballonpumpe
Bewusstsein	<input type="checkbox"/> Klar	<input type="checkbox"/> sediert	<input type="checkbox"/> getrübt <input type="checkbox"/> komatös <input type="checkbox"/> narkotisiert
Körpergewicht	<input style="width: 50px;" type="text"/> kg	Körperlänge	<input style="width: 50px;" type="text"/> cm

Besonderheiten zum Patienten, Infektionen, zusätzlichen Geräten oder dem Transport

per Fax an 0385/5000-220 senden
 Berufsfeuerwehr Schwerin - Integrierte Leitstelle Westmecklenburg
 Koordinierungsstelle Intensivtransporte Mecklenburg-Vorpommern