

BESTELLFORMULAR PERSONEN- & PATIENTENTRANSPORT

Abholadresse

Rechnung an Abholadresse: ☐

Rechnungsadresse

Name/Vorname:

Strasse/Nr.:

PLZ/Ort:

E-Mail:

ANGABEN ZUM FAHRGAST

Name/Vorname:

Telefonnummer:

Geburtsdatum :

Institution:

E-Mail:

Stockwerk:

Zimmernummer:

In Isolation:

ANGABEN ZUM TRANSPORT

☐ Nur Hinfahrt	☐ Hin- und Rückfahrt		
☐ Rollstuhl-Transport	☐ BPT Rollstuhl	☐ Eigene Begleitperson	☐ Sitzend-Transport (Zu Fuss)
☐ Sitzend Transport (Zu Fuss)	☐ Tragstuhl (inkl. zweiter BPT Helfer)	☐ Sauerstoff _____ Liter	☐ Liegend-Transport
☐ Liegend-Transport	☐ Betreuung (BPT-Betreuung)	☐ Infusion	☐ Gepäck

TRANSPORTTERMIN

☐ MO ☐ DI ☐ MI ☐ DO ☐ FR ☐ SA ☐ SO

Datum:

Zielort:

Abholzeit:

Strasse/Nr.:

Uhrzeit Termin:

PLZ/Ort:

☐ Kantonsspital Bruderhols

Abteilung:

☐ Universitätsspital Basel

☐ Notfall

Kontaktperson:

Datum:

Unterschrift Auftraggeber:

Ort: