



# IVB-Patiententransport Bestellung



**Auftraggeber:**

Rechnung an Patient

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**