

VERTRAGSPARTNER DER AOK BAYERN / ALLE KASSEN / PRIVAT

FAX 089 / 18 92 03 82

TEL 089 / 18 92 03 81

MAIL auftrag@novotrans.de

PATIENT(IN) / FAHRGAST

Name, Vorname des/der Versicherten	Geboren am
Adresse	
Krankenkasse / Kostenträger	Versicherungsnummer

BEFÖRDERUNGSART

- sitzend
- liegend
- mit Rollstuhl (von NOVOTRANS)
- Im eigenen Rollstuhl (nicht umsetzbar)
- Tragestuhl
- Bei Startort: Treppe ohne Aufzug
- Bei Zielort: Treppe ohne Aufzug

ABHOLUNG

Datum des Transportes	Gewünschte Zeit Zwischen _____ und _____ Uhr*	Abholadresse
-----------------------	--	--------------

* Die genaue Abholzeit wird am Tag vor dem Transport telefonisch bestätigt

BITTE DEN TRANSPORTSCHEIN VERORDNUNG EINER KRANKENBEFÖRDERUNG BEI ABHOLUNG BEREITHALTEN

ANSPRECHPARTNER ZUR ABSTIMMUNG DER TRANSPORTDETAILS

Direkte(r) Ansprechpartner/in	Station	Telefon mit Durchwahl
-------------------------------	---------	-----------------------

AUF DEM TRANSPORT MUSS MITGENOMMEN WERDEN

Rollstuhl
 Rollator
 Krücken
 Tragb. Sauerstoff
 viel Gepäck
 Begleitperson
 Sonstiges _____

VON → NACH

Von	Nach
<input type="checkbox"/> Wohnung	<input type="checkbox"/> Wohnung
<input type="checkbox"/> Arztpraxis	<input type="checkbox"/> Arztpraxis
<input type="checkbox"/> Krankenhaus	<input type="checkbox"/> Krankenhaus
← Anschrift: _____	

Stempel und Unterschrift Besteller/in

Bitte diesen Teil freihalten für Antwort und Bestätigung von NOVOTRANS

Unterschrift und Stempel NOVOTRANS