

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	Abholadresse
	Zwischen _____ und _____ Uhr*	

* 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

<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Krücken	<input type="checkbox"/> Tragb. Sauerstoff	<input type="checkbox"/> viel Gepäck	<input type="checkbox"/> Begleitperson
<input type="checkbox"/> 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