


Anforderung Rettungs- / Transportmittel		 Deutsches Rotes Kreuz
Einsatz / Veranstaltung:	Rocco del Schlacko 2017	LV Saarland
Datum:	12 / 08 / 2017 <small>TT / MM / JJJJ</small>	Organisationseinheit: 01
Lfd.-Nr.:	0001	
Name Patient:	Mustermann	
Vorname Patient:	Max	
Geburtsdatum:	12.03.1984	
Geschlecht:	<input checked="" type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
Transportgrund:	V.A. #Sprunggelenk links, C2-Intox	
Anzuforderndes Transportmittel:	<input checked="" type="checkbox"/> RTW <input type="checkbox"/> KTW <input type="checkbox"/> NEF <input type="checkbox"/> RTH <input type="checkbox"/> MTW <input type="checkbox"/> _____	zeitliche Eingruppierung <input checked="" type="checkbox"/> Notfall <input type="checkbox"/> < 30min <input type="checkbox"/> < 45min <input type="checkbox"/> < 60min
Ziel Krankenhaus / Abteilung oder Betreuungsstelle:	KH 55, Chirurgie	
Verantwortlicher Helfer (Name):	Schmidtbauer	

© Erstellt: IuK Gruppe, DRK KV SLS / Lorenz D., DRK LV Saar - Version 2.0 vom 30.07.2017

Gliederung:	Auswahl der Gliederung LV oder KV
Einsatz / Veranstaltung:	Name des Einsatzes / der Veranstaltung
Datum:	Datum des Einsatzes / der Veranstaltung
Organisationseinheit:	Zweistellige Nummer der Organisationseinheit
Lfd.-Nr.:	4-stellige laufende Patientenummer
Nachname:	Nachname des Patienten
Vorname:	Vorname des Patienten
Geburtsdatum:	Geburtsdatum des Patienten
Geschlecht:	„x“ – zur Auswahl ob männlich oder weiblich
Transportgrund:	Grund des anfordernden Transportes (Verdachtsdiagnose)
Anzuforderndes Transportmittel:	„x“ – zur Auswahl des gewünschten Transportmittels (RTW / KTW / NEF / RTH / MTW / Sonstige)
Ziel Krankenhaus / Abteilung oder Betreuungsstelle:	Die Verfügbarkeit, welches Krankenhaus mit welcher Abteilung oder welche Betreuungsstelle abgeklärt werden soll
Verantwortlicher Helfer (Name):	Name des Verantwortlichen Helfers (keine Unterschrift)