

Basisdaten

Organisation		Straße	
		PLZ Ort	
		Ansprechpartner:	
Bank:		Telefon:	
Bankleitzahl		Telefax:	
Konto		Mail	

Daten Einsatzfahrzeug

Funkrufnummer Fahrzeug		Amtl. Kennzeichen	
Fahrzeugtyp	<input type="checkbox"/> RTW <input type="checkbox"/> KTW <input type="checkbox"/> NEF	DIN/EN1789 konform	
Baujahr	HU/AU:	Herkunft (HiOrg-Eigen, KatS, sonstig.)	
Name Beifahrer (Fahrzeugführer !)		Name Fahrer	
Ausbildung	<input type="checkbox"/> RA/NFSan <input type="checkbox"/> RS/RH <input type="checkbox"/> SAN	<input type="checkbox"/> RA/NFSan	<input type="checkbox"/> RS/RH <input type="checkbox"/> Sonst

Daten Einsatzgeschehen

Datum		Uhrzeit Beginn	
Einsatzart/Verdachtsdiagnose (z.B. Unfall, Internistischer Notfall)		Uhrzeit Ende	
Einsatzort		Kilometer Anfang	
Transportziel		Kilometer Ende	
Patient Name		Vorname	
Strasse		PLZ Wohnort	
Geburtsdatum		Krankenkasse/Kostenträger	
RD/DIVI-Protokoll	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Med. Indikation (Kurzdiagnose):	

Beschreibung der Rahmenbedingungen (z.B. Sanitätsdienst, Sportveranstaltung o.ä.)	
---	--

Transport nach Abstimmung und Auftrag/Freigabe durch ILS Saar:

Weitergabe an RLST	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Weitergabe an RLST durch:	
Auftrag durch RLST	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	RLST EinsatzNr. (wenn bekannt)	

Wenn Transport auf ärztliche Weisung:

Weitergabe an RLST	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Name /Erreichbarkeit des anordnenden Arztes	
Transportbegleitung durch Arzt ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Qualifikation	<input type="checkbox"/> Hausarzt <input type="checkbox"/> Notarzt <input type="checkbox"/> Sonst.

Bemerkungen:	
--------------	--

Ort, Datum Name und Unterschrift		Gesehen und gegengezeichnet von Geschäftsstelle:	
----------------------------------	--	--	--

Weiterleitung an ZRF-Saar mit Anschreiben und Ärztl. Notwendigkeitsbescheinigung.