

Leitstelle Westmecklenburg ILWM (Schwerin) Koordinierungsstelle für Intensivmedizinische Patientenverlegungen MV Auftragsformular

Bitte füllen Sie alle Felder ordnungsgemäß aus. Dieses Formular ist Grundlage der Kostenübernahme und der Durchführung des Transportes! Die Daten gehen zur Koordinierungsstelle, ggf. zur Krankenkasse und zum Arzt des Einsatzmittels! Beschränken Sie sich auf relevante Daten! Alle optionalen Felder sind mit einem Stern markiert!

absendendes Krankenhaus	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Straße	<input style="width: 150px;" type="text"/>	Dringlichkeit	<input type="checkbox"/> innerhalb von 2 Stunden
PLZ/Ort	<input style="width: 150px;" type="text"/>		<input type="checkbox"/> im Laufe des Tages
Haus	<input style="width: 150px;" type="text"/>		<input type="checkbox"/> anderes Datum
Stationsname	<input style="width: 150px;" type="text"/>	Transportmittel	<input type="checkbox"/> entsprechend Diagnose und Witterung
Rückruftelefonnummer	<input style="width: 150px;" type="text"/>		<input type="checkbox"/> Rettungswagen (Arzt wird durch Klinik gestellt)
Einweis. Arzt	<input style="width: 150px;" type="text"/>		<input type="checkbox"/> Intensivtransportwagen mit Arzt
	Abholdatum	<input style="width: 100px;" type="text"/>	Vorbestellzeit <input style="width: 100px;" type="text"/>
Übergabeort	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Empfänger-Krankenhaus	<input style="width: 150px;" type="text"/>	Kostenübernahme	<input type="checkbox"/> Krankenkasse
PLZ/Ort	<input style="width: 150px;" type="text"/>		<input type="checkbox"/> Berufsgenossenschaft
Straße	<input style="width: 150px;" type="text"/>		<input type="checkbox"/> abgebendes Krankenhaus
Haus	<input style="width: 150px;" type="text"/>		<input type="checkbox"/> annehmendes Krankenhaus
Stationsname	<input style="width: 150px;" type="text"/>		<input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> sonstige
Aufnahmearzt	<input style="width: 150px;" type="text"/>	BG/ Sonstiger*	<input style="width: 150px;" type="text"/>
Rückruftelefonnummer	<input style="width: 150px;" type="text"/>	Faxnummer*	<input style="width: 150px;" type="text"/>
Übergabeort*	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Patientenname	<input style="width: 150px;" type="text"/>	Krankenkasse	<input style="width: 150px;" type="text"/>
Geburtsdatum	<input style="width: 150px;" type="text"/>	Kassennummer	<input style="width: 150px;" type="text"/>
Statusnummer	<input style="width: 150px;" type="text"/>	Mitgliedsnummer	<input style="width: 150px;" type="text"/>
Anamnese/Diagnose(n)	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Atmung	<input type="checkbox"/> Spontanatmung <input type="checkbox"/> beatmet <input type="checkbox"/> intubiert <input type="checkbox"/> tracheotomiert <input type="checkbox"/> insuffliert		
Kreislaufzustand	<input type="checkbox"/> stabil <input type="checkbox"/> instabil <input type="checkbox"/> Herzlungenmaschine <input type="checkbox"/> extraortale-Ballonpumpe		
Bewusstsein	<input type="checkbox"/> klar <input type="checkbox"/> sediert <input type="checkbox"/> getrübt <input type="checkbox"/> komatös Körpergewicht <input style="width: 50px;" type="text"/> kg Körperlänge <input style="width: 50px;" type="text"/> cm <input type="checkbox"/> narkotisiert <input type="checkbox"/> sonstiges		
notwendiges Monitoring	<input type="checkbox"/> EKG <input type="checkbox"/> SPO ² <input type="checkbox"/> Kapnographie <input type="checkbox"/> PCO ² <input type="checkbox"/> osz. RR <input type="checkbox"/> inv. RR <input type="checkbox"/> ICP		
aktuelle Vitalwerte	RR <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/>	Puls <input style="width: 50px;" type="text"/>	SPO ² <input style="width: 50px;" type="text"/>
	PCO ² * <input style="width: 50px;" type="text"/>	ICP* <input style="width: 50px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> unter Katecholaminen*
Maßnahmen beim Transport	Anz.: Spr. pumpen: <input style="width: 50px;" type="text"/> Inf.pumpen: <input style="width: 50px;" type="text"/> Transfusionen: <input style="width: 50px;" type="text"/> Infusionen: <input style="width: 50px;" type="text"/>		
	<input type="checkbox"/> Absaugung <input type="checkbox"/> ext. Stimulation <input type="checkbox"/> ext. Defibrillation/Cardioversion		
Besonderheiten zum Patienten, zus. Geräten oder Transport	<input style="width: 100%;" type="text"/>		

per Fax an 0385/5000420 senden

copyright by Berufsfeuerwehr Schwerin - Integrierte Leitstelle Westmecklenburg
Koordinierungsstelle Intensivtransporte Mecklenburg-Vorpommern