

Einschätzung Transportbedingungen

Erstellt von:

Erstellt am:

Behandelnder Arzt:

Telefon:

Patient:

Geboren am:

Aufenthalt: zu Hause Krankenhaus
 Palliativstation Hospiz

Anschrift:

Fahrt am _____ nach _____

max. Dauer _____

Diagnose:

Körperliche Einschränkung:

Mobilität: Gehend Sitzend Liegend
 Rollator Rollstuhl

Geistige Einschränkungen:

Größe:

Gewicht:

Hilfsmittel

(nicht zutreffendes
bitte streichen):

künstlicher Ausgang / Wechselbeutel
Blasenkatheter Harnröhre / Bauchdecke
Trachealkanüle / Absaugung erforderlich
Windel / Einlagen Wechselkleidung
Ernährungssonde / Medikamentengabe über Sonde



Kreisverband Hochtaunus e.V.

Beim Transport beachten:

Medikamente:

Transportrelevante Medikation:

- Opiate
- Insulin
- Asthmaspray
- Sonstiges:

Mindestanzahl der Helfer:

Helferqualifikation:

Transport möglich:

- Ja Nein

Bei Nein, Begründung:

Datum:

Unterschrift: