|  |  |
| --- | --- |
| **EB 7** | Einsatzbearbeitung Kostenübernahmeerklärung |
| an ILS weiterleiten, [service@leitstelle-bayreuth.de](mailto:service@leitstelle-bayreuth.de), Fax 0921 / 79321-142 | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Absender:** |  |
| Name: |  |
| Stellung: |  |
| Rückrufnummer: |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Patientendaten** | | | | | | |
| Name, Vorname: | |  | | | | |
| Geburtsdatum: | |  | | | | |
| Kostenträger: | |  | | | | |
| **Transportdaten** | | | | | | |
| Transportmittel: | | RTH / ITH  NAW / RTW mit Arztbegleitung | | | | RTW  KTW |
| Interhospitaltransferformular  liegt vor: | | ja  nein | | | | |
| Transport von: | |  | | | | |
| Transport nach: | |  | | | | |
| Transportdatum: | |  | | Geplante Uhrzeit: | |  |
| Transportkosten: | | Die geschätzten Transportkosten liegen bei ca.:       €.  Die endgültigen Kosten ergeben sich, nach Abschluss des Transportes, aus den tatsächlich gefahrenen Kilometern. | | | | |
| **Telefonische Erreichbarkeit des Kostenträgers für Rückfragen** | | | | | | |
| Ansprechpartner: |  | | Telefon: | |  | |
|  |  | |  | |  | |
|  | | |  | | | |
| *Ort, Datum, Unterschrift des Sachbearbeiters* | | | *Stempel der Krankenkasse* | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Der Transport wird privat bezahlt | |
| Rechnungsadresse: | Telefon: |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Ort, Datum, Unterschrift*