

 Bayerisches Rotes Kreuz	Integrierte Leitstelle Bayreuth/Kulmbach	Version: 02
		Stand: 14.03.2025
	Serviceformular EB 5 - Kostenübernahmeerklärung_BT	

An ILS weiterleiten, service@leitstelle-bayreuth.de, Fax 0921 / 53033-095

Absender:

Name:	
Stellung:	
Rückrufnummer:	

Patientendaten:

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Kostenträger:	

Transportdaten:

Transportmittel:	<input type="checkbox"/> RTH / ITH <input type="checkbox"/> NAW / RTW mit Arztbegleitung <input type="checkbox"/> RTW <input type="checkbox"/> KTW
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

Autor: M. Kraus	Prüfer: ohne	Freigeber: Leitstellenleitung BT	Seite: 1 / 1
Zuordnung: LD	Dokumentenart: Formular	Freigabedatum: 14.03.2025	