



Serviceformular EB 7

EB 7

Einsatzbearbeitung Kostenübernahmeerklärung

an ILS weiterleiten, 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