|  |  |
| --- | --- |
| **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*