

Anforderung Infektionstransport

Anlage 1

An Zentrale Leitstelle: Fax Nr.:	Weitergeleitet an Rettungswache:
---	---

Anmeldung durch Klinik / Arzt: _____ Telefon: _____

Patientendaten / Patientenetikett:

Name, Vorname: _____ Geb. Datum: _____

Von Station / Abteilung: _____

Nach Transportziel: _____ informiert wurde: _____

Abholdatum: _____ Uhrzeit: _____

MRE (multiresistente Erreger)

MRSA Besiedelung Nasen-Rachenraum: ja nein

Sonst. Besiedelungsort: _____

andere MRE (ESBL, MRGN, VRE, GRE)

Infektion der Atemwege ja nein

Infektion der: _____

Andere Infektionskrankheit: _____

Infektion der Atemwege ja nein

Infektion der: _____

Transportart: gehfähig Tragestuhl liegend

Transportfahrzeug Krankentransportwagen (KTW) Rettungswagen (RTW)

zutreffendes ankreuzen

BEMERKUNGEN: _____

Datum _____ Name / Funktion: _____ Unterschrift _____

Protokoll-Original zur Transportdokumentation mit DIVI-Protokoll archivieren. Für Zielklinik bei Bedarf Kopie anfertigen.

Unterschrift Sachbearbeiter LST