



Rettungsdienst Stadt und Landkreis Kassel



Anforderung eines arztbegleiteten Intensivtransports

Name des Pat.
Geb. datum:
Wohnanschrift:
Kostenträger:

Einsatzdatum: Abholuhrzeit:
med. Dringlichkeit: <30 Min <2 h <24 h >24 h
Pat. Gewicht:

_____	_____	_____	_____
Name des anfordernden Arztes	Telefon	Quellklinik	Station
_____	_____	_____	_____
Name des aufnehmenden Arztes	Telefon	Zielklinik	Station

Diagnosen:

Verlegungsgrund: Rehabilitation Intensivtherapie Intervention Operation
Patient beamtet: ja nein
Wenn ja NIV BIPAP / PCV VCV "feuchte Nase"
Ventilatoreinst.:
AF:
FiO2:
PEEP:
PIP:
ASB:

laufende Therapie über Spritzenpumpen:
Medikament (Lauftrate):
Medikament (Lauftrate):
Medikament (Lauftrate):
Medikament (Lauftrate):
Medikament (Lauftrate):
Medikament (Lauftrate):

Arterielle Druckmessung: ja nein
letzte BGA vom: pH: pO2: pCO2: BE: HCO3: Hb: Lac:
mech. Unterstützung: IABP Impella vvECMO vaECMO sonstiges
isolierpflichtige Keime: ja nein wenn ja, welchen: Ort:

_____ Datum _____ Unterschrift des anfordernden Arztes _____ Faxnummer für die Auftragsbestätigung

Die Anforderung ist per Fax an die Leitfunkstelle Kassel (0561-7884189) zusenden. Sie erhalten eine Auftragsbestätigung. Bei nicht komplett leserlich ausgefüllten Anmeldebögen findet keine Disposition statt!

Ihr Auftrag wurde unter der Einsatznr. _____ angelegt. Für den Einsatz ist das/der
 I-NEF I-Mobil RTH ITH vorgesehen. Die Einsatzzeiten können sich aufgrund von Paralleleinsätzen verschieben!
Einsatzaufnahme durch: _____ Aufnahme datum/-zeit _____ Wird von der Leitstelle ausgefüllt!