

Mitgeltende Unterlagen	Anforderungsschreiben	Bayerisches Rotes Kreuz  Kreisverband Schweinfurt
-----------------------------------	------------------------------	---

Bayerisches Rotes Kreuz
Kreisverband Schweinfurt K.d.ö.R.
Abrechnung Rettungsdienst
Niederwerrner Straße 13
97421 Schweinfurt

Fax-Nr.: 09721 / 94 904 -19
E-Mail: abrechnung-rd@brk-schweinfurt.de

Antragssteller/in:

Name, Vorname: _____
Funktion: _____
Rückrufnummer: _____
Organisation/Einheit: _____

Anforderung für Übersendung von:

Transportschein / Verordnung einer Krankenförderung (Muster 4)
Notfall- bzw. Krankentransportprotokoll (bitte eine Entbindung der Schweigepflicht beifügen)

Patientendaten: (mit * markierte Felder sind Pflichtfelder):

Name, Vorname der/des Versicherten*: _____
Geburtsdatum der/des Versicherten*: _____
Transportdatum*: _____
Auftragsnummer: _____

Bitte eine Kopie versenden an:

Bemerkungen:

E-Mail: _____
Fax-Nr.: _____
Anschrift: _____

Name, Datum und Unterschrift (ggf. Stempel)

<u>Version:</u> 1.0	<u>Stand:</u> 15.05.2019	<u>Ersteller:</u> Wahler A.	<u>Freigegeben:</u> KGF Lindörfer	Seite 1 von 1
-------------------------------	------------------------------------	---------------------------------------	---	---------------