

An die  
Integrierte Leitstelle (ILS)  
Oberpfalz-Nord

## Kostenübernahmeerklärung

Wir bestätigen die Kostenübernahme des folgenden Transportes

Patientendaten			
Name, Vorname:			
Geburtsdatum:			
Kostenträger:			
Transportdaten			
Transportmittel:	<input type="checkbox"/> RTH / ITH <input type="checkbox"/> NAW / RTW mit Arztbegleitung	<input type="checkbox"/> RTW <input type="checkbox"/> KTW	
Interhospitaltransferformular liegt vor	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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

