



Meldeformular „SOFORT“-Verlegung

Anlage IX

Einsatzdatum:		Einsatzuhrzeit:	
Einsatznummer:		Einsatzmittel:	
Geschätzte Einsatzdauer:			
Grund:			
Diagnose(n):			
Abgebende Klinik		Station	Name Arzt
Landeplatz Ja Nein, Alternativ-Landeplatz:		Zwischentransport Ja Nein	
Aufnehmende Klinik		Station	Name Arzt
Landeplatz Ja Nein, Alternativ-Landeplatz:		Zwischentransport Ja Nein	
Bemerkungen:		Tele-Notarzt-Begleitung <input type="checkbox"/>	
Datum	ZLSt / Einsatzbearbeiter		

Telefon: 069 / 44 10 33

Fax-Nr. 069 / 212 – 7 23 107

KST- interne Dokumentation	
Einsatzaufnahme durch:	Aufnahmedatum/-zeit:

Das Meldeformular ist bei Störung der webbasierten IT-Lösung per Telefax an die KST Hessen zu senden