



# Meldeformular „SOFORT“-Verlegung

Anlage IX

Einsatzdatum:		Einsatzuhrzeit:	
Einsatznummer:		Einsatzmittel:	
Geschätzte Einsatzdauer:			
Grund:			
Diagnose(n):			
Abgebende Klinik	Station	Name Arzt	Telefon
Landeplatz   Ja    Nein, Alternativ-Landeplatz:		Zwischentransport    Ja    Nein	
Aufnehmende Klinik	Station	Name Arzt	Telefon
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**