

Beauftragung für Intensivtransport

| | |
|---------------------------|--|
| PATIENTIN: | |
| Von (Abteilung, Ort) | |
| Nach (Abteilung, Ort) | |
| Vereinbarter TARIF | |

Wir beauftragen Sie, den Transfer der oben genannten PatientIn durchzuführen.

Ort, Datum

der/die diensthabende OberärztIn