

	Fahrdienst BTW sitzend	Fahrdienst BTW Rollstuhl	Fahrdienst BTW liegend	Krankentransport KTW	Notfallrettung RTW
					
<b>Zustand des Patienten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• gesundheitlich stabil</li> <li>• gehend (mit oder ohne Rollator)</li> <li>• Hilfebedarf aufgrund Behinderung oder Gebrechlichkeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• gesundheitlich stabil</li> <li>• im Rollstuhl (eigener oder vom BRK gestellt)</li> <li>• Hilfebedarf aufgrund Behinderung oder Gebrechlichkeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• gesundheitlich stabil</li> <li>• liegend</li> <li>• Hilfebedarf aufgrund Behinderung oder Gebrechlichkeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patienten, die nicht ärztliche, aber fachliche oder pflegerische/medizinische Betreuung oder die besondere Einrichtung des KTW benötigen bzw. deren Zustand dies erwarten lässt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Notfallpatienten (die Mobilität ist nebensächlich)</li> <li>• Verlegungspatienten mit Monitoring ohne ärztliche Betreuung</li> <li>• Krankentransporte, die einer besonderen Ausstattung bedürfen</li> </ul>
<b>Betreuung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>ohne</b> medizinisch-fachliche Betreuung</li> <li>• Schweigepflicht</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>ohne</b> medizinisch-fachliche Betreuung</li> <li>Ggf. Begleitperson für die Fahrt</li> <li>• Schweigepflicht</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>ohne</b> medizinisch-fachliche Betreuung</li> <li>• Schweigepflicht</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• nicht ärztlich jedoch mit medizinisch-fachlich und qualifizierte Betreuung</li> <li>• fachliche Übergabe</li> <li>• Schweigepflicht</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• nicht ärztlich jedoch mit medizinisch-fachlich und qualifizierte Betreuung</li> <li>• Notfallmedizinische, nicht ärztliche Versorgung und Transportüberwachung</li> <li>• Schweigepflicht</li> </ul>
<b>Qualifikation des Personals nach Vorschrift</b>	1 Fahrer <b>ohne</b> medizinisch-pflegerische Ausbildung	1 Fahrer und ggf. 1 Fahrbegleitperson (Tragefahrten) <b>ohne</b> medizinisch-pflegerische Ausbildung	1 Fahrer und 1 Fahrbegleitperson <b>ohne</b> medizinisch-pflegerische Ausbildung	1 qualifizierter Fahrer 1 Rettungsassistent	1 qualifizierter Fahrer 1 Rettungsassistent/ Notfallsanitäter
<b>Besondere Ausstattung nach Vorschrift</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• keine medizinische Ausstattung</li> </ul> <p><b>Keine Infekt Fahrten möglich!</b></p> <p><b>Anforderung unter: 0731/ 93 80 77 8 – 0 oder 0800/ 12 13 14 0</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• keine medizinische Ausstattung</li> <li>• Transport im Rollstuhl (eigener Rollstuhl oder vom BRK)</li> </ul> <p><b>Keine Infekt Fahrten möglich!</b></p> <p><b>Anforderung unter: 0731/ 93 80 77 8 – 0 oder 0800/ 12 13 14 0</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• keine medizinische Ausstattung</li> <li>• Fahrtrage</li> </ul> <p><b>Keine Infekt Fahrten möglich!</b></p> <p><b>Anforderung unter: 0731/ 93 80 77 8 – 0 oder 0800/ 12 13 14 0</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fahrtrage, Tragestuhl</li> <li>• Sauerstoffinhalationseinheit</li> <li>• Absauggerät</li> <li>• Defibrillator (AED)</li> <li>• Notfallkoffer</li> <li>• Desinfektions- und Hygienemaßnahmen gem. IFSG</li> <li>• Ausstattung nach DIN EN 1789 Typ A2</li> </ul> <p><b>Anforderung unter: Notruf: 08282/19 22 2</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fahrtrage, Tragestuhl</li> <li>• Vakuummatratze, Schaufeltrage</li> <li>• Beatmungseinheit</li> <li>• Absauggerät</li> <li>• EKG/ Defibrillator/ Monitoring</li> <li>• Spritzenpumpe</li> <li>• Notfallmedikamente</li> <li>• Notfallsausrüstung</li> <li>• Desinfektions- und Hygienemaßnahmen gem. IFSG</li> <li>• Ausstattung nach DIN EN 1789 Typ C</li> </ul> <p><b>Anforderung Notruf: 112</b></p>

## Ausfüllhinweise für den Transportschein

### Fahrdienst BTW sitzend

<input checked="" type="checkbox"/> Taxi/Mietwagen	<input type="checkbox"/> Rollstuhl
<input type="checkbox"/> KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen	<input type="checkbox"/> Tragestuhl
<input type="checkbox"/> RTW	<input type="checkbox"/> liegend
<input type="checkbox"/> NAW/NEF	
<input type="checkbox"/> andere	

4. Begründung/Sonstiges (z. B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Gewicht bei Schwergewichtstransport, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Beförderung nicht von/zur Wohnung stattfindet)

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 4 (7.2020)

### Krankentransport KTW (Transportart entsprechend auswählen: Tragestuhl, liegend)

<input checked="" type="checkbox"/> Taxi/Mietwagen	<input type="checkbox"/> Rollstuhl
<input type="checkbox"/> KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen	<input type="checkbox"/> Tragestuhl
<input type="checkbox"/> RTW	<input checked="" type="checkbox"/> liegend
<input type="checkbox"/> NAW/NEF	
<input type="checkbox"/> andere	

4. Begründung/Sonstiges (z. B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Gewicht bei Schwergewichtstransport, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Beförderung nicht von/zur Wohnung stattfindet)

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 4 (7.2020)

### Fahrdienst BTW Rollstuhl (Bei Tragefahrten)

<input checked="" type="checkbox"/> Taxi/Mietwagen	<input checked="" type="checkbox"/> Rollstuhl
<input type="checkbox"/> KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen	<input checked="" type="checkbox"/> Tragestuhl
<input type="checkbox"/> RTW	<input type="checkbox"/> liegend
<input type="checkbox"/> NAW/NEF	
<input type="checkbox"/> andere	

4. Begründung/Sonstiges (z. B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Gewicht bei Schwergewichtstransport, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Beförderung nicht von/zur Wohnung stattfindet)

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 4 (7.2020)

### Notfallrettung RTW (Transportart entsprechend auswählen: Tragestuhl, liegend)

<input type="checkbox"/> Taxi/Mietwagen	<input type="checkbox"/> Rollstuhl
<input type="checkbox"/> KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen	<input type="checkbox"/> Tragestuhl
<input checked="" type="checkbox"/> RTW	<input checked="" type="checkbox"/> liegend
<input type="checkbox"/> NAW/NEF	
<input type="checkbox"/> andere	

4. Begründung/Sonstiges (z. B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Gewicht bei Schwergewichtstransport, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Beförderung nicht von/zur Wohnung stattfindet)

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 4 (7.2020)

### Fahrdienst BTW liegend

<input checked="" type="checkbox"/> Taxi/Mietwagen	<input type="checkbox"/> Rollstuhl
<input type="checkbox"/> KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen	<input type="checkbox"/> Tragestuhl
<input type="checkbox"/> RTW	<input checked="" type="checkbox"/> liegend
<input type="checkbox"/> NAW/NEF	
<input type="checkbox"/> andere	

4. Begründung/Sonstiges (z. B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Gewicht bei Schwergewichtstransport, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Beförderung nicht von/zur Wohnung stattfindet)

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 4 (7.2020)