

Formular zur Anforderung von Hubschraubern für Verlegungsflüge in NRW
Anlage 4 - Erlass zur Regelung zum Einsatz von Luftfahrzeugen im Rettungsdienst NRW



Meldedatum:	Leitstellenbereich:	Telefon:
Meldeuhrzeit:	Anforderung durch:	E-Mail:

Verlegungsdaten:

Name des Patienten:			
Geburtsdatum:			
Pat. Gewicht:	kg	max. Breite: (Schultern o. Becken)	cm
Kostenträger:			

Quellklinik:	
Station:	
Straße/Hsnr:	
PLZ/Ort:	
Abgebender Arzt:	
Telefon:	

Zielklinik:	
Station:	
Straße/Hsnr:	
PLZ/Ort:	
Aufnehmender Arzt:	
Telefon:	

Medizinische Daten:

Hauptdiagnose:			
Verlegungsindikation:	operative u./o. Intervention	Kapazitätsprobleme	
	spez. Intensivmedizin	sonstige:	
Bewusstseinslage:	wach	somnolent	bewusstlos (analgo) sediert

Infektionstransport?	Nein	Ja, welche Infektion?
-----------------------------	-------------	------------------------------

med. Transportausstattung:

ZVK	inv. Blutdruck	Anzahl Perfusoren:
Trachealkanüle	intubiert	B-Modus:
Spontanatmung	Sauerstoffgabe l/min	High Flow Sauerstofftherapie
Thoraxdrainage	ext. Schrittmacher	mech. Thoraxkompressionsgerät
ECMO/ ECLS	Inkubator	sonstiges:

Transportbeginn / Wunsch (Ankunft Quellklinik):

sofort < 30 min	dringlich < 2h	im Tagesverlauf > 2h	Folgetag - Datum/Uhrzeit:
-----------------	----------------	----------------------	---------------------------

Sonstige wichtige Informationen:	
---	--

Hinweis: Alle rot eingerahmten Feldern müssen ausgefüllt werden!
Bei allen schwarz eingerahmten Feldern muss mind. ein Feld ausgefüllt sein.

Versand an:

(Button auswählen, Mail wird automatisch generiert;

Zur Anzeige der Zuständigkeitsaufteilung zwischen den Leitstellen Köln/Steinfurt Mauszeiger auf gelbe Textbox bewegen)

Wichtig: Eine Alarmierung kann nur erfolgen, wenn ein begleitender Anruf bei der jeweiligen Leitstelle zur Legitimierung erfolgt.

Leitstelle Köln: **0221 / 747979**

Leitstelle Steinfurt: **02551 / 697474**