AUTONOME PROVINZ BOZEN – SÜDTIROL
Südtiroler Sanitätsbetrieb
GESUNDHEITSBEZIRK BRUNECK

PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO – ALTO ADIGE
Azienda Sanitaria dell'Alto Adige
COMPRENSORIO SANITARIO DI BRUNICO

Ärztliche Bestätigung für Transporte, die **nur mit dem Krankenwagen** durchgeführt werden können

Attestazione medica per il **trasporto**, che può essere effettuato **solo con l'ambulanza**

Der / Die Patient/in – Il / La paziente _____

geboren am – nato/a il _____ Steuer-Nr. – Cod. fisc. | | | | | | | | | | | | | | | | |

Adresse – Indirizzo _____

kann aufgrund seines / ihres Gesundheitszustandes **nur mit dem Krankenwagen** transportiert werden, da der Transport mit einem anderen Beförderungsmittel auszuschließen ist.

a causa del suo stato di salute può essere trasportato/a **solamente con l'ambulanza**, considerato che è da escludere ogni altro mezzo di trasporto.

☐ Visite – Visita ☐ Therapie – Terapia ☐ Dialyse – Dialisi ☐ Radio- /Chemotherapie – Radio- /Chemioterapia

☐ Verlegung – Trasferimento ☐ Einlieferung – Ricovero ☐ Entlassung - Dimissione

☐ Anderes – Altro _____
(Transport von Blutkonserven, Laborproben, Röntgenbildern, Muttermilch)

Fahrt von - Tragitto da _____ **nach - a** _____

Krankenhaus - Ospedale _____ ☐ Abteilung - Reparto _____

☐ Ambulanz - Ambulatorio _____

☐ _____

Rückfahrt - Ritorno: ☐ Nein - No ☐ Ja - Sì

_____
Datum - Data

_____
Unterschrift und Stempel des verschreibenden Arztes
Firma e timbro del medico prescrittore

Für die Bestätigung der Rehabilitationsleistungen siehe Rückseite!

Per la conferma delle prestazioni riabilitative vedasi retro!

WICHTIG!

Dieser korrekt und wahrheitsgemäß ausgefüllte Schein berechtigt den Transport in die nächstgelegene öffentliche oder private vertragsgebundene sanitäre Einrichtung, welche für die Behandlung bzw. Rehabilitation des / der Patienten/in ausgerüstet ist.

GILT NUR FÜR DIE RETTUNGSORGANISATION WEISSES UND ROTES KREUZ

IMPORTANTE!

Questo modulo compilato correttamente e conformemente al vero autorizza il trasporto alla struttura sanitaria pubblica o privata convenzionata più vicina, attrezzata per la cura o la riabilitazione del/la paziente.

VALE SOLO PER L'ORGANIZZAZIONE DI SOCCORSO CROCE BIANCA E ROSSA

Datum der Leistung Data della prestazione	Unterschrift des Arztes / Therapeuten Firma del medico / terapista	Datum der Leistung Data della prestazione	Unterschrift des Arztes / Therapeuten Firma del medico / terapista