

|                                |                  |        |
|--------------------------------|------------------|--------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger |                  |        |
| Name, Vorname des Versicherten |                  |        |
| geb. am                        |                  |        |
| Kostenträgerkennung            | Versicherten-Nr. | Status |
| Betriebsstätten-Nr.            | Arzt-Nr.         | Datum  |

Art des Krankentransportes

- ☐ Einweisung
- ☐ Ambulanz hin
- ☐ Verlegung
- ☐ Entlassung
- ☐ Ambulanz rück
- ☐ Fehleinsatz

Einsatztechnische Daten

|               |         |         |          |  |
|---------------|---------|---------|----------|--|
| Fahrzeug      |         | Rufname |          |  |
| Einsatznummer |         |         |          |  |
| Einsatzort    |         |         |          |  |
| Transportziel |         |         |          |  |
| Zeiterfassung | Alarm   |         | Übergabe |  |
|               | Ankunft |         | Ende     |  |
|               | Abfahrt |         |          |  |
| km Patient    |         | km ges. |          |  |

Krankentransportprotokoll 01040469 (02/2020)

Übergabe von Patienteneigentum

Versichertenkarte: ☐ ja ☐ nein

Freitext (Verlaufsbeschreibung / Messwerte / Bemerkungen)

Die Verordnung einer Krankenförderung lag vor: ☐ ja ☐ nein

Personal 1 (Fahrer)

Personal 2

Unterschrift NotSan / RettAss / RettSan

# Transportverweigerungserklärung (Refusal of transportation by ambulance car or of medical treatment)

## des Patienten/der Patientin

Herr/Frau: \_\_\_\_\_ Geb. am: \_\_\_\_\_ Geb. in: \_\_\_\_\_

Hiermit erkläre ich, dass ich heute, am \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ vom Rettungsdienst / Notarzdienst über meine Erkrankung bzw. Verletzung und deren Konsequenzen aufgeklärt worden bin und

☐ eine Behandlung

☐ die Beförderung in ein Krankenhaus

entgegen der Belehrung ablehne.

Für hieraus entstandene Schäden trage ich selbst die Verantwortung. Ich wurde darüber informiert, dass ich späterhin keinerlei Ersatzansprüche wegen dieser nicht ausgeführten Krankentransport / Behandlung und den sich evtl. daraus ergebenden gesundheitlichen Schäden geltend machen kann.

Mir wurde zudem dringend angeraten, den Rettungsdienst ohne zu zögern erneut zu rufen (Telefon 112) oder umgehend anderweitige ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, falls sich mein Gesundheitszustand erneut oder weiter verschlechtert.

Ohne klinische Abklärung sind folgende Verletzungen bzw. Erkrankungen nicht auszuschließen: \_\_\_\_\_

Mögliche Folgen der Transportverweigerung sind: \_\_\_\_\_

o.g. Erklärung hab ich zur Kenntnis genommen und verstanden: \_\_\_\_\_

Name Patient/Patientin

Unterschrift

o.g. Patient/Patientin wurde in meinem Beisein aufgeklärt:

Name Zeuge/Angehöriger

Unterschrift

o.g. Patient/Patientin wurde in meinem Beisein aufgeklärt:

Name Zeuge/Rettungsdienst

Unterschrift

die Aufklärung des o.g. Patienten/Patientin erfolgte durch:

Name Rettungsdienst/Notarzdienst

Unterschrift

Uhrzeit/Time

Ort/Place

Datum/Date

## Kostenanerkennung

Ich, \_\_\_\_\_ verpflichte mich, bei Nichtvorlage einer Notwendigkeitsbescheinigung, diese innerhalb von 14 Tagen nachzureichen, da ansonsten die Transportkosten zu meinen Lasten gehen.

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift