



**Serviceformular EB 7**

**EB 7**

**Einsatzbearbeitung Kostenübernahmeerklärung**

an ILS weiterleiten, [service@leitstelle-bayreuth.de](mailto:service@leitstelle-bayreuth.de), Fax 0921 / 79321-142

**Absender:**

Name:

Stellung:

Rückrufnummer:

**Patientendaten**

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Kostenträger:

**Transportdaten**

Transportmittel:

RTH / ITH

NAW / RTW mit Arztbegleitung

RTW

KTW

Interhospitaltransferformular  
liegt vor:

ja

nein

Transport von:

Transport nach:

Transportdatum:

Geplante Uhrzeit:

Transportkosten:

Die geschätzten Transportkosten liegen bei ca.: €.  
Die endgültigen Kosten ergeben sich, nach Abschluss des Transportes,  
aus den tatsächlich gefahrenen Kilometern.

**Telefonische Erreichbarkeit des Kostenträgers für Rückfragen**

Ansprechpartner:

Telefon:

*Ort, Datum, Unterschrift des Sachbearbeiters*

*Stempel der Krankenkasse*

Der Transport wird privat bezahlt

Rechnungsadresse:

Telefon:

*Ort, Datum, Unterschrift*