

Bestellformular – Formulaire de commande

Altenheim/Maison de retraite: _____

Tél: _____

Adresse: _____

Email: _____

Name des Patienten

Nom du patient

:

Matricule :

Leichtes Sanitätsfahrzeug: *Véhicules sanitaires légers*

☐

Behindertentransportwagen - eigener Rollstuhl (*chaîse roulante patient*)

☐

- *unser Rollstuhl (chaîse roulante Luxambulance)*

☐

- *grosser Pflegerollstuhl +80cm breite (Bus !!)*

☐

Ambulanz sitzend (Treppen): *Ambulanc couché (escalier)*

☐

Ambulanz liegend: *Ambulanc couché*

☐

Beim Patient bleiben : *rester avec le patient*

☐

(Wartezeit wird verrechnet!) (Attente sera facturée!)

Keine Wartezeit möglich morgens zwischen 9-11 Uhr!! / Pas d'attente possible entre 9h et 11h le matin!!

Adresse Abholung : *adresse de départ* _____

Datum termin : *Date rendez-vous*

Uhrzeit : *heure*

Stock : *Étage*

Zimmer N° : *chambre n°*

Bestimmungsort : *Destination*

Doktor : *Docteur*

Klinik : *Clinique*

Abteilung : *Service*

Angenommen durch: *accepté par* _____

Abgelehnt durch: *refusé par* _____

☐☐

Luxambulance

Luxembourg – Grosbous – Wiltz

Tél: 26 12 39 26

cde@luxambulance.lu

Im Fall eines Notfalls oder am Wochenende, rufen Sie uns bitte unter der Nummer 26 12 39 26 an. Danke

En cas d'urgence et les weekends, veuillez téléphoner au 26 12 39 26. Merci