## Gemeinde

**Angaben zum Patienten**

Name:       SV-Nr.      Geb. Datum

**Abholadresse:**

Straße:       Geschoss:

PLZ/Ort:

Klingeln bei:       Rückrufnummer:

**Kontaktperson**

Nachname:       Vorname:

Straße:       Tel. Mobil:

PLZ/Ort:             Telefonnummer:

E-Mail:

**Transportdetails**

Tragestuhl: [ ]  Rollstuhl: [ ]  Rollstuhl überbreit: [ ]  liegend: [ ]

Begleitperson: [ ]  Körpergewicht über: 120kg [ ]  170kg [ ]

**Medizinische Angaben**

Sauerstoff: [ ]

Beatmet: [ ]  Intensivpflegerisch betreut: [ ]

Infektionskrankheiten: [ ]  Details:

**Weitere Hinweise**

|  |  |
| --- | --- |
| …………………….……… …………………………..……………………..Datum Unterschrift Patien | …………………….……… …………………………..……………………..Datum Unterschrift Kontaktperson |

**Zustimmungserklärung:**

Ich stimme zu, dass meine persönlichen Daten - nämlich Vor- und Nachname, Geburtsdatum, Wohnadresse, E-Mail-Adressen, Telefonnummern, Transportart und Medizinische Angabe von der Gemeinde und der Rettung – zum Zweck der Evakuierung im Falle eines Rheinhochwassers – verarbeitet und gespeichert werden dürfen. Bei digitaler Übermittlung der Daten gilt die Übermittlung als Zustimmung.